

2020 年度
東洋大学審査学位論文

長期入院精神障害者の退院支援における
「かかわり」

－PSW および当事者へのインタビュー調査、相談支援専門
員へのアンケート調査に基づいて－

福祉社会デザイン研究科
ヒューマンデザイン専攻博士後期課程
4730160003 國重 智宏

目次

序 章 研究の主題と研究方法.....	5
第1節 研究の背景	5
第2節 研究目的	6
第3節 用語の整理	6
1. 「かかわり」とは—関係に関する概念との比較—	6
2. 精神医学ソーシャルワーカー、精神保健福祉士、相談支援専門員	7
3. 退院支援.....	8
第4節 研究の概要と方法	8
第1章 長期入院精神障害者の抱える困難と PSW による退院支援の歴史的課題	12
第1節 長期入院精神障害者の抱える困難.....	12
第2節 精神病院への収容政策の展開と PSW	16
1. PSW の誕生と精神病院における収容政策の始まり	16
2. 収容政策の裏返しとして始まった社会復帰活動の拡がり	19
3. PSW 協会の混乱から見えてきた長期入院問題	22
4. 精神病院での社会復帰活動に行き詰まりを感じた PSW による地域活動	24
第3節 PSW による人権回復への取り組み.....	26
1. 報徳会宇都宮病院事件と社会復帰施設の誕生	26
2. 精神病院における退院援助の難しさ	31
3. 大和川病院事件と退院促進事業の始まり	34
第4節 長期入院精神障害者の退院支援を巡る問題の所在	35
1. 退院促進事業の課題と地域移行支援事業の展開.....	35
2. 精神科病院における退院支援の限界.....	38
3. 全面的な生活支援を軸とした先進的な地域実践.....	40
第5節 退院支援の限界と全面的な生活支援の必要性	43
第2章 精神医学ソーシャルワークにおける「かかわり」への着目	45
第1節 人権侵害に直面するなかで変化したワーカー・クライアント関係.....	45
1. ケースワークの基盤としてのワーカー・クライアント関係	45
2. 人権侵害により始まった「かかわり」の模索	47

第2節 2つの「かかわり」にみる「かかわり」の論点.....	48
1. 柏木昭の「かかわり」論.....	48
2. 谷中輝雄の「かかわり」論.....	55
第3節 「かかわり」の現在.....	60
1. 日本精神保健福祉士協会における「かかわり」の位置づけ.....	60
2. 精神保健福祉領域における「かかわり」に関する先行研究の動向.....	65
第4節 実践理論としての「かかわり」の必要性和研究課題.....	69
第3章 長期入院精神障害者の地域移行支援における相談支援専門員の「かかわり」—相談支援専門員に対する量的調査から—.....	71
第1節 研究方法.....	71
1. 研究目的.....	71
2. 調査方法.....	71
3. 回収数.....	72
4. 回答者の属性.....	72
5. 倫理的配慮.....	74
第2節 結果.....	74
1. 探索的因子分析の結果.....	74
2. 共分散構造分析の結果.....	78
3. ノンパラメトリック検定.....	80
第3節 考察.....	81
1. 「一緒に行く」ことを中心に展開される「かかわり」.....	81
2. 退院に影響を与える要因としての「一緒に行く」.....	82
3. 生活場面をともにする「かかわり」を行う相談支援専門員の特徴.....	83
4. 本研究の限界.....	84
第4節 結論.....	85
第4章 長期入院精神障害者の退院支援における相談支援事業所 PSW の「かかわり」のプロセス—相談支援事業所に勤務する PSW に対する質的調査から—.....	87
第1節 研究目的および方法.....	87
1. 研究目的.....	87
2. 調査協力者.....	87

3. 実施方法.....	88
4. 分析方法.....	88
5. 倫理的配慮.....	92
第2節 結果と考察.....	92
1. ストーリーライン.....	94
2. 概念の説明.....	94
第3節 まとめ.....	124
1. 本研究のオリジナリティ.....	124
2. 研究の限界と課題.....	127
第5章 一緒に行うことを通して退院に至る相談支援専門員との「かかわり」—元長期入院者へのインタビュー調査から—.....	128
第1節 研究目的.....	128
第2節 研究方法.....	128
1. 調査協力者.....	128
2. 実施方法.....	129
3. 分析方法.....	129
4. 倫理的配慮.....	132
第3節 結果.....	132
1. 退院に向けて【一緒に行う】.....	132
2. 相談支援専門員に【相談する】.....	133
3. 契約終了後も【つながっている】.....	135
第4節 考察.....	136
1. 【一緒に行う】ことで「関係に基づく援助」を補う.....	136
2. 【一緒に行う】ことで「関係に基づく援助」の替わりを担う.....	137
3. 【一緒に行う】ことで自己決定する力が育つ.....	139
4. 【つながっている】ことで自立できる.....	140
5. 研究の限界と課題.....	141
第5節 結論.....	141
終章 長期入院精神障害者の退院支援における「かかわり」とは何か.....	143
第1節 退院支援における長期入院精神障害者との「かかわり」.....	143

1. 退院支援における「かかわり」の構成要素	143
2. 「一緒に行く」ことが退院に与える影響	146
3. 「かかわり」を通して自己決定する力が育つ	147
4. 退院支援における「かかわり」のプロセス	148
5. 退院支援における「かかわり」の必要性とその意義	149
第2節 「かかわり」とは何か	153
1. 「援助する者－される者」と「人と人としての関係」を併せもつ関係	153
2. 「一緒に行く」ことを通して自己決定する力が育つ関係	155
3. 援助契約終了後もつながり続ける関係	156
4. 「かかわり」の3つの特徴	157
第3節 「かかわり」の課題と可能性	158
第4節 本研究の限界と今後の研究課題	159
初出一覧	161
謝辞	162
文献	163
資料	177
1. アンケート調査（第3章）関係書類	177
1) 調査依頼文書	177
2) アンケート調査票	179
2. インタビュー調査（第4章）関係書類	183
1) 調査依頼文書	183
2) 倫理審査結果通知書	185
3. 事例研究（第5章）調査関係書類	186
1) 調査依頼文書	186
2) 倫理審査結果通知	188

序 章 研究の主題と研究方法

第1節 研究の背景

わが国では、未だに長期入院精神障害者（以下、長期入院者）が約 20 万人おり、年間 1 万人超の人が死亡により退院している（厚生労働省 2014）。また、厚生労働省（以下、厚労省）によると、2016（平成 28）年度の地域移行支援の指定事業者数は 3335 事業者であるが、実際に地域移行支援の利用者がいた（障害者総合支援法における地域相談支援給付費の算定が行われた）事業者は 277 事業者であり、わずか 8.3%に過ぎず、長期入院者の地域移行は進んでいない（厚生労働省 2017）。

国は、2004（平成 16）年の「精神保健医療福祉の改革ビジョン（以下、改革ビジョン）」において「入院医療中心から地域生活中心へ」という方向性を示し、2009（平成 21）年には、「現在の長期入院患者の問題は、入院医療中心であった我が国の精神障害者施策の結果であり、行政、精神保健医療福祉の専門職等の関係者は、その反省に立つべきである。」（厚生労働省 2009：14）と施策の誤りであることを認めた。障害者自立支援法の改正に伴い、2012（平成 24）年度からは、相談支援事業者による退院支援を「地域移行支援」として個別給付化した。2016（平成 28）年度からは、診療報酬において「地域移行機能強化病棟入院料」が新設され、病床を削減し、入院患者の回転率を上げる精神科病院¹（以下、病院）に対してインセンティブをつける取り組みが始まった。2017（平成 29）年度からは「精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築」に向け、地域移行の促進に向けた体制整備を進めているが、長年、病院に隔離されてきた長期入院者が地域生活を取り戻すことは容易なことではない。

長期入院者の地域移行が進まない主たる要因としては、わが国特有の民間病院比率の高さによる既得権益の維持、つまり民間病院の経営上の問題（竹端 2016：107）とそれに絡む政治的な問題が指摘されていた（安原 2003：34-5；立岩 2015：236）。加えて生活保護による入院患者が長期入院化の傾向にある（後藤 2019：175）との指摘もあり、生活保護行政と民間病院との関係も長期入院の解消が進まない要因のひとつとして推察された。また、環境の課題として居住資源を中心とした障害福祉サービスの不足が指摘され、その拡充が図ら

¹ 2006（平成 18）年 12 月に「精神病院の用語の整理等のための関係法律の一部を改正する法律」が施行され、行政上使用する用語としては「精神科病院」に変更された。本論文では、同法施行以前は「精神病院」、施行以降は「精神科病院」の表記を用いた。

れてきた（厚生労働省 2004；2009；2014）。

しかし、そうしたわが国の構造上の問題だけではなく、実践場面における援助者側の「退院不可能」という先入観・対象者観が大きな退院阻害要因であるとの指摘がある（古屋 2015b：60）。こうした先入観や対象者観は、援助者の退院支援への意欲を低下させ、援助者と長期入院者の関係性を表面的で乏しいものにしてしまう。

そこで障害者総合支援法において地域移行支援を担うとされている相談支援専門員と長期入院者の関係性に焦点を当て、長期入院者の人権回復の一環として、地域生活への移行と定着に向けた相談支援専門員の援助モデルを構築することが必要であるとする。

しかし、長期入院者と彼らの退院支援の中核を担う相談支援専門員との関係性に焦点化した実証的研究はほとんど行われていない。

第2節 研究目的

本研究は、混合研究法を用いて、長期入院者の退院支援における相談支援専門員の「かかわり」の構成要素、要素間の関係性、その構成要素が退院というアウトカムに及ぼす影響、およびプロセスを検証することを目的とする探索型の実証研究である。

第3節 用語の整理

1. 「かかわり」とは一関係に関する概念との比較

ソーシャルワークでは、ソーシャルワーカー（以下、ワーカー）とクライアントとの関係は「ケースワークの魂（soul）」（Biestek=2006：i）と言われるほど重要視されてきた。わが国の精神保健福祉領域においても、ワーカーとクライアントとの関係を表す用語として「かかわり」「ワーカー・クライアント関係」「援助関係」「パートナーシップ」などが用いられている。これらの概念は、明確に使い分けられている訳ではなく、人により、その意味も微妙に異なっている。

本研究のテーマである「かかわり」とは、問題解決で終了するものではなく、従来のワーカー・クライアント関係では説明しきれない関係（谷中 1983：31）であるとされている。そのため、援助という目的があるときに形成される「ワーカー・クライアント関係」に加え、目標や課題がない場面において、長期的あるいは生涯を通じてかかわる「人と人としての関

係」も包含する関係であると推察される。

しかし、これまでの「かかわり」の定義は抽象的な表現で示されており、次世代のソーシャルワーカーが、「かかわり」を具体的に理解できず、継承していくことが困難になっている。そこで本研究では、「ワーカー・クライアント関係」と「人と人としての関係」を包含する関係を「かかわり」として暫定的に規定した上で研究を実施した（図 1.1）。

図 1.1 「かかわり」のイメージ



2. 精神医学ソーシャルワーカー、精神保健福祉士、相談支援専門員

本研究では、精神医学ソーシャルワーカーの役割の一部の業務について国家資格化したものを精神保健福祉士と規定する（門屋 2004: 103）。そのため、「Psychiatric Social Worker（以下、PSW）³」と表記する場合は、国家資格化以前は「精神医学ソーシャルワーカー」を、国家資格化以降は「精神医学ソーシャルワーカー」と「精神保健福祉士」を含む専門職を意味する。なお、「精神保健福祉士」と表記する場合は、国家資格が求められる場面に限定して使用する。

相談支援専門員とは、相談支援事業を担う者の業務独占の資格であり、実務経験と相談支援従事者初任者研修修了の要件をいずれも満たした場合のみ資格名称を名乗り、業務を行

³ 2020（令和2）年度の日本精神保健福祉士協会総会において、日本精神保健福祉士協会の英語表記が“Japanese Association of Mental Health Social Workers”に変更されたが、本論文においては、調査時期の略称である PSW を用いる。

うことができる。資格取得後も5年に1度の相談支援従事者現任研修を受講が必要であり、受講しない場合、資格は失効する。

3. 退院支援

精神障害者の退院支援に関する用語としては、「社会復帰活動」「退院援助」「退院促進」「地域移行支援」などが用いられている。本研究では、以下のように使い分けて使用した。

第一に「社会復帰活動」とは、医療機関に入院していた精神障害者が、退院して社会のなかで暮らすようになることであり、退院後も容易には再入院を必要とする状態に後退しない程度に精神症状を安定させることを目指す活動である（日本精神医学ソーシャルワーカー協会 1998 : 55）。

第二に「退院援助」は、精神科病院に勤務する PSW を中心とした援助者主導の退院に向けた援助を示す際に使用した。

第三に「地域移行支援」とは、障害者自立支援法や障害者総合支援法に規定された地域相談支援のひとつであり、障害者支援施設や病院等に入所又は入院している障害者を対象に、住居の確保その他の地域生活へ移行するための支援を意味する。本研究では、精神科病院に長期入院している精神障害者の退院支援に限定して調査を行うため、事業という部分を強調して用いる際に「地域移行支援」を使用する。「退院促進」も同様であり、事業名として使用する場合のみ用いた。

このように現在事業名として用いられている「地域移行支援」は、入院者以外も対象としている。本研究では、「退院」という用語を入れることで「精神科病院での長期入院」という人権侵害の状況を浮き彫りにし、その状況を解消するための「支援」の必要性を指摘できると考え、長期入院者の退院に向けた援助や支援を総称する用語として「退院支援」を使用した。

第4節 研究の概要と方法

本論文は、長期入院者の退院支援における相談支援専門員の「かかわり」について混合研究法を用いた探索型の実証研究である。混合研究法を用いることにより、「かかわり」の構造や退院というアウトカムに与える影響を検証するとともに、「かかわり」のプロセスを明らかにすることを通して PSW の実践知である「かかわり」を実証的に明らかにすることを

目的としている。本論文は、以下の7章から構成される（図 1.2）。

第1章では、長期入院精神障害者が抱える困難を振り返るとともに日本精神保健福祉士協会（前日本精神医学ソーシャル・ワーカー協会）の協会誌を中心に先行研究のレビューを行い、精神医学ソーシャルワーカー（以下、PSW）および精神保健福祉士の長期入院者に対する退院支援（社会復帰活動、退院援助、退院促進、地域移行支援）の変遷を整理し、現場のPSWや精神保健福祉士が行ってきた退院支援のあり方について検討した。

第2章では、わが国の精神医学ソーシャルワークにおける「かかわり」論の変遷を、協会誌のレビューを中心に行い、ワーカー・クライアント関係では説明できない関係としての「かかわり」にPSWや精神保健福祉士が込めた意味について検討した。

第3章では、長期入院者の先駆的实践で知られている十勝圏域の7名の相談支援専門員に対してインタビュー調査を実施し、質的コーディングを実施した。その結果に基づいて測定尺度を作成し、A地域の253か所の相談支援事業者に対して郵送法による質問紙調査を実施した。質的コーディングから得られた「かかわり」の構成要素が、異なる地域の相談支援専門員にも見られるのかを確認するために因子分析を行い、4つの因子を抽出し、その結果を基に共分散構造分析を実施した。その結果、「かかわり」は、「相談を受ける」、「一緒に行く」、「本音を聴く」、「つながり続ける」の4要素から構成されること、「一緒に行く」という行動レベルの支援が、長期入院者の退院というアウトカムにおいて重要であることを実証的データによって明らかにした。

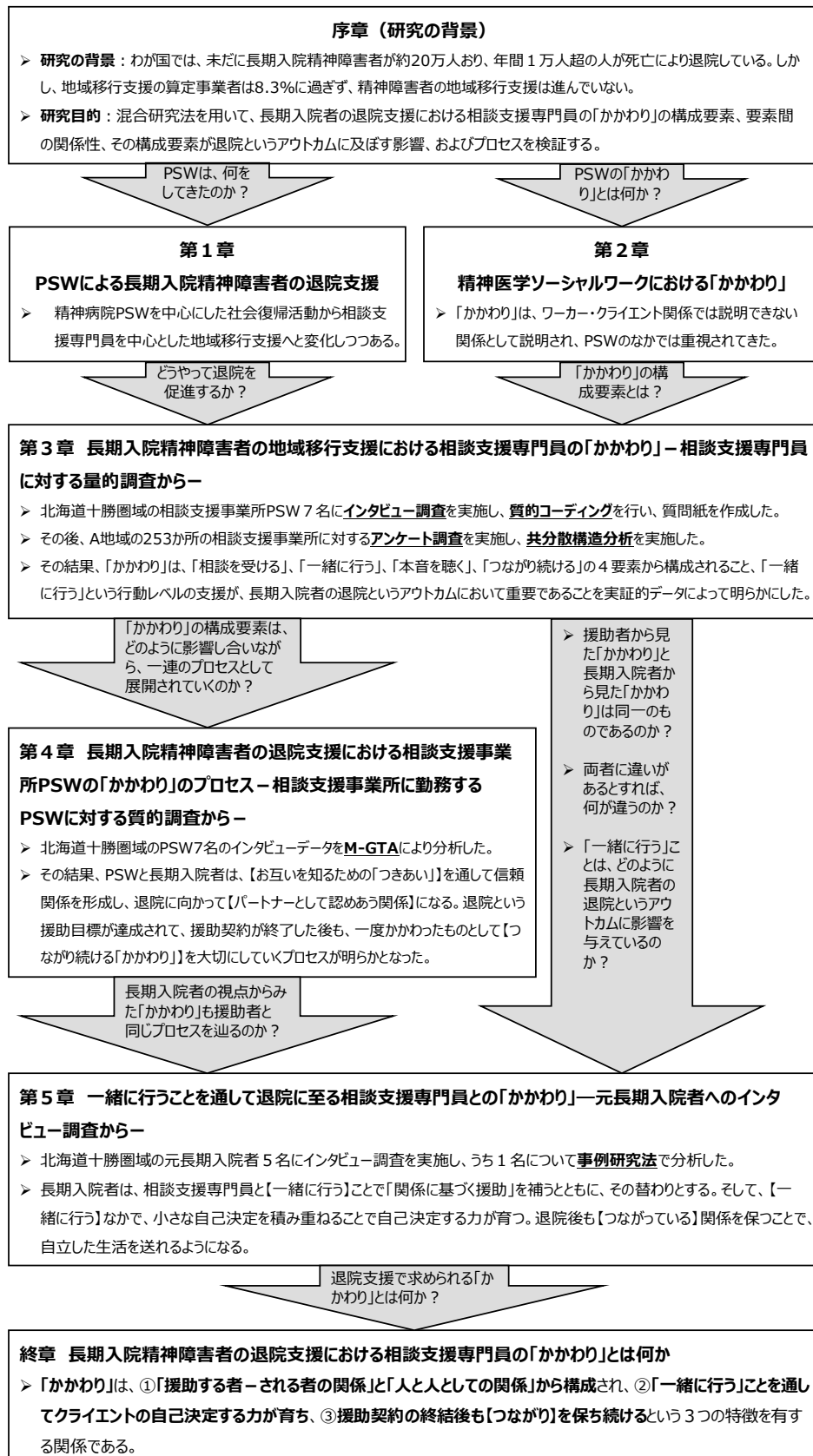
第4章では、第3章の量的調査によって明らかとなった4つの構成要素が、退院支援の現場でどのように関連しあって「かかわり」を形成しているのかを明らかにするために、7名の相談支援専門員のインタビューデータを、修正版グラウンデッド・セオリー・アプローチ（以下、M-GTA）を用いて分析した。その結果、PSWと長期入院者は、【お互いを知るための「つきあい」】を通して信頼関係を形成し、退院という目標に向かって【パートナーとして認めあう関係】になる。退院という援助目標が達成されて援助契約が終了した後も、一度かかわった者として【つながり続ける「かかわり」】を大切にしていくというプロセスを明らかにした。

第5章では、「かかわり」のもう一方の主体である長期入院者5名に対してインタビュー調査を行い、うち1名について、事例研究法を用いて分析した。量的調査において、長期入院者の退院に影響力が認められた相談支援専門員と長期入院者が、退院に向けて「一緒に行く」ことが退院というアウトカムなどに与える影響について、長期入院者本人の言葉から明

らかにすることを目的に分析を行った。その結果、長期入院者は、相談支援専門員と退院準備などを【一緒に行う】ことで「関係に基づく援助」を補うとともに、その替わりとする。そして、【一緒に行う】なかで、小さな自己決定を積み重ねることで自己決定する力が育つ。退院後も【つながっている】関係を保つことで、自立した生活を送れるようになるという仮説を示した。

終章では、総合考察として、長期入院者の退院支援における PSW を中心とした相談支援専門員の「かかわり」について明らかにする作業を試みた。その結果、これまで明確に示されてこなかった「かかわり」の構成要素とプロセスを明らかにするとともに、「かかわり」が長期入院者の退院支援に与える影響の一部を示した。最後に、本研究で得られた知見をまとめ、本研究の限界と今後の研究課題を示した。

図 1.2 本論文構成図



第1章 長期入院精神障害者の抱える困難と PSW による退院支援の歴史的課題

本章では、PSW による長期入院者の退院支援の変遷を整理し、PSW が退院支援にどのように関与し、何を大切にして、どのような実践を行ってきたのかについて、PSW の職能団体である日本精神医学ソーシャル・ワーカー協会および日本精神保健福祉士協会の協会誌である『精神医学ソーシャル・ワーク』と『精神保健福祉』を中心とした文献のレビューにより明らかにした。

第1節 長期入院精神障害者の抱える困難

長期入院者の退院を促進させるための取り組みは、全国で散発的に実施されており、効果を挙げた取組みもあるものの、全国的にみれば、長期入院の解消には至っていない。本節では、長期入院者の抱える困難のうち、援助者との関係に起因するものについて整理する。

2004（平成 16）年から研究事業として実施された国立精神・神経センター病院の社会復帰病棟における退院支援プログラムでは、まずスタッフがかかわり方を変えると入院患者が変化した。次に、その変化を見たスタッフの退院支援へのモチベーションが向上して、スタッフの働きかけ方やかかわり方に変化が生じた。その結果、プログラム導入当初は、退院できるかできないかという可否の議論をしていたスタッフが、すべて退院を前提とした討議を行うようになったとの報告があった（古屋 2015b : 37-41）。この結果を踏まえて、古屋は、スタッフが「退院不可能」と考えてきたのは、スタッフ側の欠陥モデルに基づく減点方式の考え方があり、その考え方を改める必要があると指摘した（古屋 2015b : 60）。

古屋が指摘したような減点方式の退院支援では、長期入院者は、専門職が指示したリハビリテーションなどに取り組み、専門職が設定した課題をクリアしなければ退院に辿りつけない。しかし、実際には、長期入院者は作業療法など何らかのリハビリテーションを受けているにもかかわらず、長期入院がもたらす現実検討力の低さなどの影響がみられ（課題を克服できず）、退院後の生活に対する具体的なイメージをもつことができないとの報告もあった（菊池・新開・小口他 1998 : 570）。つまり、減点方式のリハビリテーションの取り組みでは、退院意欲を喚起して、退院に結びつけることは難しいと推察される。

こうした指摘は、元長期入院者の証言とも一致する部分が多い。元長期入院者の証言集である『白い部屋を飛び出して』では、6名の元長期入院者が、長期入院に至るまでの流れや入院生活の様子、退院支援が始まった契機やそのときの思いなどについて語っていた。

加藤は、初回入院での看護師の対応に対して「どうして人間が人間に対してこんなにも酷いことができるのか、思い出すと今でも殺意がわいてくることがあります。」と振り返っていた。そのような酷い扱いを受けた入院生活のなかで、彼は地域に戻る気力を失っていった。その後の転院先でも、症状も落ちついている人が入院させられ続けている様子を見て、自分はいくら良くなっても退院できないという諦めの思いも出てきた。それでも退院への思いは捨てがたく、看護師と一緒にやる院内作業の時間では、元気なところを見せようと積極的に作業に取り組んだ。しかし、いくら待っても、専門職から退院への声かけがなかったため、最後は自分から病院のソーシャルワーカーに相談して、グループホームの入居に至った（加藤 2015 : 9-17）。

高橋は、看護師に退院希望を伝えたところ、外勤作業に行くように言われ、清掃の仕事をすることになった。しかし、外勤作業をするなかで体調を崩してからは、「私は外に出ても無理だな。」と思い、退院を諦めるようになった。しかし、彼女も退院への思いは捨てがたく、主治医に退院希望を伝えたところ、退院促進事業の利用を勧められ、グループホームの利用に至った（高橋 2015 : 18-23）。

杉山は、病院側からは退院を勧められていたが、家族の反対があり、入院が長期化していた。病棟の建て替えもあり、退院促進が進んだ時期であったために、退院に向けての動きが始まり、グループホームへ入居することになった（杉山 2015 : 24-32）。

齊藤は、入院中は農園での作業などに参加しつつ、月 1 回は外泊を行っていたが、専門職から退院への働きかけがあったとは語っていない。地域移行コーディネーターという外部の援助者からの働きかけにより、退院を考えるようになり、グループホームでの生活を始めることとなった（齊藤 2015 : 33-42）。

関口は、入院中に院内作業療法で箱折り作業や配膳などを行っていたが、専門職からの退院の働きかけがあったとの記述はない。そして、当時の状況について、「何で入院していたのかは、仕事ができないので行くところがなかったから仕方なかったと思っている。母が亡くなり、帰るところがなく入院を選ばざるを得なかった。」と語っていた（関口 2015 : 43-50）。

雑賀は、入院生活を食事と服薬以外にすることがないと表現していた。彼の入院していた病棟には、家や仕事がなく、家族が反対しているために病院しか居場所がない長期入院者が多く、そうした人たちが「棺桶退院」していく様子を見て、自分も同じようになるのではないかと思うようになっていた（雑賀 2015 : 51-9）。

6名のうち杉山を除く5名の証言には、病院の専門職から退院への働きかけがあったという記述はない。彼らの証言から専門職が長期入院者に対して外勤作業や院内作業療法などのリハビリテーションを勧めていた様子うかがえるが、退院に向けて積極的に働きかけ続けた様子は見られなかった。ここからも院内で漫然と行われるリハビリテーションが、長期入院者の退院を後押ししていないことが推察された。

また、古屋は、長期入院者に起因する退院阻害要因として、本人の退院意欲を挙げる関係者が多いと指摘した（古屋 2015a : 137）。しかし、長期入院者の退院意欲に関する先行研究では、調査協力者の 54.8%が退院を希望した研究（大島・吉住・稲沢他 1996 : 562）や同じく 49.5%が退院意向を示した研究（菊池・新開・小口他 1998 : 568）などがあった。こうした先行研究からも、少なくとも入院患者の半数程度は、退院を希望していることが読み取れる。

長期入院者の退院意欲に関する文献研究を行った中越は、入院患者の退院の意思は全く消え失せている訳ではないこと、退院に対する不安から気持ちが揺れ、その気持ちを表現できない、あるいは支援者側の想定とは違った方法で表現していること、退院を希望しながらもそれが叶わなかった経験から退院について考えることを止めてしまっている、止めたことにしていることなどが退院意欲の低下として専門職に受けとめられている可能性を指摘した（中越 2016 : 56）。

この指摘は、証言集の長期入院者の語りとも一致する。証言集においても、長期入院を続けている彼らの退院意欲を知ろうというスタッフは、運よく現れるレベルであった。彼らは、退院への思いを秘めていたにもかかわらず、諦めから口にすることさえしないようになっていた（きょうされん 2015）。

ニューロングスティ（入院期間1～5年）の入院患者を対象とした、インタビュー調査では、患者が退院への希望を言語化できない理由として患者－医療者間の信頼関係が挙げられていた。患者が入院生活という環境の変化を受け入れたことを、医療者は安定と捉え、援助対象から外してしまう。医療者は、患者が希望を語れるような信頼関係を、彼らとの間に構築すること必要であると指摘した（石川 2011 : 22）。また、元長期入院者に対するインタビュー調査では、病棟内での専門職との乏しい関係性の影響により、長期入院者は退院を諦め、治療への不信を抱いていた。もしくは退院の意思があっても、退院の見通しが立たず、入院に妥協せざるを得ない状況にあったという結果が示された（杉原 2016 : 9）。

長期入院の状態にある統合失調症者の陰性症状の特徴を明らかにした調査においても、

非社会性（他者との親密な関係を形成することへの関心の低下）が社会機能を低下させ退院を拒んでいる可能性があるとして、非社会性に対する介入（スタッフとの二者関係や集団活動において成功体験を得られるように介入すること）の必要性が指摘された（岡田 2020 : 198）。陰性症状と病棟内のコミュニケーションや看護者の否定的な患者評価の関連を指摘していた調査もあった（滝沢 2014 : 84）。

これらの先行研究からも長期入院者の退院意欲には、専門職との関係性が影響を与えていると考えられる。杉原は、こうした状況を変えていくために、援助者が長期入院者に対する人としての尊厳を尊重したかわりと良質のコミュニケーションを実施していくべきであると指摘している（杉原 2019 : 191）。

こうした関係性の変化は、古屋の指摘にもあるように援助する者である専門職にも変化をもたらす。高木が行った病院勤務の精神保健福祉士に対する調査では、「（長期入院者）一人ひとりと開かれた関係をつくる。」ことができた精神保健福祉士は、「（長期入院者が）成功体験を積み重ね自信と安心につなげる。」実践をし、彼らが「自信を持って退院の決心がつくように後押しする。」と示されていた（高木 2017 : 150-1）。

上述の先行研究からも援助者との乏しい関係性に基づく一方的な退院支援を、開かれた関係性に基づく退院支援に変容することで、長期入院者の退院が促進される可能性が示唆された。長期入院者の退院支援を担う者は、彼らとの関係を見直し、「退院したい」という思いを表出することさえできない状況におかれた彼らと、彼らを取り囲む困難な状況に向き合う。そして、彼らの諦めや不安を受けとめ、彼らが地域生活に「慣れていくまでの過程をていねいに伴走する。」（白石 2012 : 24）が必要である。

精神保健福祉士は、長期入院者の退院支援に従事する者の国家資格として誕生したものの、近年は診療報酬や法律に規定されたことによる業務の増加のため、長期入院者と良質のコミュニケーションを取る時間を十分に確保できていない。病院勤務の精神保健福祉士からは、機関や他職種から求められる業務に追われるなかで「本来『やりたい』と思う個別援助が片手間になり、やっつけ仕事になっているのではないだろうか。」と自問し、「与えられている業務に意味付けをしながらやっているが、『やりたい』と思っている継続的な個別援助に時間がとれていない不全感がある。」（澤野 2010 : 89）という声が上がっていた。

また、岩本の調査によると、精神保健福祉士は、業務の実施度や組織からの期待度が高い仕事に対しては、明確に拒否せず現状を受け入れ、自ら行うべきか迷う仕事に対して「周辺化」（状況を許容しながら判断保留の態度を示す）と「同化」（精神保健福祉士のアイデンテ

ィティにあまりこだわらず要請された仕事を引き受けること)の態度をとる傾向があると示された(岩本 2013: 138)。柏木も、所属機関や制度から与えられた業務をこなすことで、自分はソーシャルワーカーとしての役割を果たしていると思っている精神保健福祉士が多く、「ソーシャルワーカーがいなくなった。」(柏木他 2014: 162)と批判した。

本来、長期入院という人権侵害に対して「かわりをもった私たちワーカーには、彼らの人生を取り戻す生活支援を全力で行う責任」(門屋 2010: 157)があるものの、こうした現状にある病院勤務の精神保健福祉士に対して、ソーシャルワーカーとしてのアイデンティティに基づいて主体的に退院支援を行うことを期待することは難しい状況にある⁴。以下、そのような状況に至るまでの流れについて歴史的に整理していく。

第2節 精神病院への収容政策の展開と PSW

1. PSW の誕生と精神病院における収容政策の始まり

1) PSW の誕生

日本における PSW の活動は、1948 (昭和 23) 年に国立国府台病院 (千葉県) において、2 名の看護師⁵が「社会事業婦」という名称で配置されたことに始まる。1952 (昭和 27) 年には、国立精神衛生研究所 (現、国立研究開発法人国立精神・神経医療研究センター精神保健研究所。以下、精研) の開設に伴い、7 名の PSW が採用された。PSW は、精神科医、

⁴ 病院勤務の精神保健福祉士は、二重の自己矛盾に陥っている。日本精神科病院協会 (以下、日精協) のホームページによると、日精協は精神障害者の人権の擁護と社会復帰の促進を図るために設立されたと記されているが、現状では、病院の存在が長期入院という人権侵害を生みだし、社会復帰を困難にしている。勤務先である病院自体の自己矛盾が一つ目の自己矛盾である。さらにそうした自己矛盾を抱えた病院に勤務する精神保健福祉士が「日本精神保健福祉士倫理綱領」に沿って実践を行おうとすれば、長期入院という人権侵害を起こしている病院に対して適切・妥当な方法・手段によって改善を図らなければならないことになる。その改善を実現するためには、最終的に長期入院の温床となっている病院をなくすための行動を起こす必要が出てくる。病院に勤める精神保健福祉士が、専門職としてのアイデンティティに沿った実践をするためには、自分で自分の職場を潰さなければならないことになる。これが二つ目の自己矛盾である。こうした二重の自己矛盾という状態におかれた病院の精神保健福祉士に長期入院者の退院支援の役割を担わせることには、難しさがあると言わざるを得ない。

⁵ 2001 (平成 13) 年に「保健婦助産婦看護婦法」が「保健師助産師看護師法」に改正され、2002 (平成 14) 年より、国家資格の名称が「看護師」に統一された。それ以前は、女性が「看護婦」、男性が「看護士」という名称で区別されていた。本論文では、国家資格については、現在の「看護師」で統一し、国家資格者以外も含む看護職員を含む表記として「看護スタッフ」を用いた。

心理学者とともに臨床チームを形成し、精神衛生相談や児童心理治療における家族面接などの役割を担っていた（柏木 1996：45）。

その後、精神病院を中心に、徐々に PSW が配置されるようになった。1959（昭和 34）年には、精研において PSW を対象にした社会福祉学課程研修が始まった。1950 年代後半には、全国で研究会が組織化され、1962（昭和 37）年には、東京都や神奈川県などの精神病院に勤務する PSW が中心となり、精神病院ソーシャルワーク連絡協議会が発足した。そして、1964（昭和 39）年 11 月に全国組織である日本精神医学ソーシャル・ワーカー協会（以下、協会）が設立された。設立趣意書では、「精神医学ソーシャルワークは学問の体系を社会福祉学に置き医療チームの一員として精神障害者に対する医学的診断と治療に協力し、その予防および社会復帰過程に寄与する専門職であります。」と宣言した。このように PSW は、職能団体創設当時から精神障害者の社会復帰に携わる専門職であると自らを規定していた。

その頃、欧米では、クロルプロマジンの導入により、精神科病院の入院患者増が止まり、1950 年代後半をピークに減少に転じた。欧米では、クロルプロマジンは退院促進と精神病床の減少に結びついた（藤井 2004：627）。1963（昭和 38）年には、アメリカでケネディ教書が出され、「精神障害者に対する長年のネグレクトを是正する。」と宣言された。

一方、日本では、1950（昭和 25）年に精神衛生法が制定され、私宅監置が禁止されたために精神障害者を地域から切り離して精神病院に収容する流れになっていた（佐々木 2004：18）。この背景には、向精神薬の導入による入院治療の可能性の拡がりもあったが、精神病院の開設を後押しする国の政策もあった（岡田 2002：205-8）。精神病院開設のための国庫補助制度（1954（昭和 29）年）、精神科特例（1958（昭和 33）年）、医療金融公庫の発足による低金利融資（1960（昭和 35）年）などの国による政策誘導もあり、わが国の精神病床数は、民間病院を中心に増加していった。

こうした精神障害者を精神病院に収容する流れは、1964（昭和 39）年 3 月に起きたライシャワー事件により更に強化された。主要新聞の紙面に「『異常者の犯罪』どう防ぐ」「野放し状態なくせ」という見出しが躍るようになり、社会防衛思想が世論を覆うようになった。当時の江口警察庁長官は、「突発的に事件をおこす危険性のある精神障害者は全国に 30 万人近いといわれている。なんとか精神障害者を治安的取締りの対象にできないかと考えている。」（岡田 2002：221-2）と社会防衛思想に基づく発言を行った。同年 10 月に東京オリンピックが開催されることもあり、精神病院や行政機関に社会防衛的機能を求める世論が

強まるなか、1965（昭和 40）年に精神衛生法改正が行われた。改正法では、保健所による訪問指導体制の強化や申請、通報制度の拡大、緊急入院制度の手続き上の整備などが盛り込まれた。わが国では、世界の潮流に逆らい、精神病床を更に増やし、精神病院による収容体制を強化させていった。

2）収容体制の強化と PSW の配置の促進

こうした国による収容体制の強化が PSW の雇用先である精神病院を増やし、保健所による訪問指導体制の強化が精神衛生相談員という職を PSW にもたらした。当時の PSW は、この精神衛生法改正において PSW が位置づけられることを意識して協会発足の準備を進めていた（佐々木・古屋 2014：9）。

それまで PSW の援助対象は、「一次性行動障害や適応異常など意識レベルでの軽症のクライアントが、その限界と心得られていた。」（柴田 1967：16）。しかし、精神衛生法改正により精神衛生相談員による訪問指導が制度化され、ようやく統合失調症⁶の患者を援助対象として捉え始めた（柴田 1967：16）。そのため、統合失調症の患者が大半を占めている入院患者の退院支援に目を向けているとはいえない状況であった。病院 PSW にとって、家族の受け入れ態勢の援助、職場、近隣に対する働きかけ、住居や職業の準備などの社会復帰をめぐる仕事が自らの業務として意識されていた（柏木・坪上・佐竹他 1969：30）。この時期の社会復帰活動の中心は、ナイトホスピタル形式の外勤作業療法であった（谷中 2000：64）。当時は、退院時のアパートの確保は保護義務者の役割と考えられており、各病院の「気まぐれな自由裁量」の範囲で PSW が行っていたに過ぎなかった（見浦 1970：3）。一部の PSW や医師は、自らの住宅や病院の寮を利用して共同住居の取り組みを行ったが、長くは続かなかった（谷中 2000：64）。

多くの PSW は、地域精神衛生活動や児童に対する支援において専門性を示すことに意識が向き、ソーシャルワーカーでありながら、ケースワークに傾倒し、クライアントが来所してくるのを待っている傾向が強く、その姿勢に対する批判もあった（岡村・北田・長坂他 1967：38）。このように PSW は、精神病院における「長期隔離収容」と「地域での生活」

⁶ スティグマの軽減を目的に 2002（平成 14）年に日本精神神経学会において「精神分裂病」から「統合失調症」に呼称が変更された。2005（平成 17）年の精神保健福祉法改正において、法律における呼称も「統合失調症」に変更された。本論文では、引用文献では、当時の呼称を用い、それ以外では「統合失調症」を使用した。

が対立しつつある時期に、精神医療の抱える問題に距離をおいた状態にあった（小出 2004：25）。

こうした PSW の態度に対して、「どうして私達はほんとうに患者の人権を守り患者が社会復帰していくためのさまざまな障害を、彼らと一緒に悩みながら共同していないのか、何が私達を自由に、患者のほんとに基本的人権を守るということに共同でき得ないのか、これを一番再検討すべきことが一つです。」（谷中 1970：11）という PSW 自身による問いかけもあった。

しかし、PSW の総体としては、国による精神病院への収容政策に対して距離をおき、更には精神衛生相談員として指導・取り締まり行政の一端を担い、その結果、Y 問題を引き起こすことになった。

2. 収容政策の裏返しとして始まった社会復帰活動の拡がり

1) 抑圧する立場としての PSW

精神病院への収容体制が強化されるなかで、精神病院では、病院職員による入院患者の暴行殺害事件が繰り返されていた。1968（昭和 43）年 12 月、栗岡病院（大阪府）において、院長の指揮の下、看護職員が木刀やバットを用いて入院患者（30 歳）を撲殺した。1969（昭和 44）年 3 月には、安田病院（大阪府、後の大和川病院）において、看護職員 3 名によって入院患者（31 歳）が殺害された。1971（昭和 46）年には、中村病院（福岡県）で病院職員による集団暴行により入院患者が殺害された（大熊 1981；石川 1990）。このような暴行以外にも治療の名の下にロボットミーや電気けいれん療法、薬物の過剰投与等の行為が繰り返され（立岩 2013）、治療よりも恐怖で患者を管理する体制が蔓延していた。

1967（昭和 42）年 11 月から 1968（昭和 43）年 2 月にクラーク博士が来日し、全国の精神病院などを訪問して調査を実施し、5 月に「クラーク勧告」を提出した。クラーク博士は、精神病院に非常に多くの統合失調症の患者がおり、長期収容の結果、無欲状態に陥り、国家の経済的負担を増大させていると指摘した。そして、厚生省に対し、新しい法律を作り、精神病院に対する国家的監査官制度を作ることを提言した。しかし、当時の行政の担当者は、「英国は何分にも斜陽国でありまして、日本がこの勧告書から学ぶものは全くありません。」（加藤 2000：49）と発言し、国は精神障害者の収容政策を転換することはなかった。

こうした精神病院への収容政策が進むなか、PSW による人権侵害である Y 問題が発生した。1969（昭和 44）年 10 月、Y 氏（19 歳）による母親への暴力やバットを振り回す行為

について、父親からの相談を受けた川崎市精神衛生相談センターの精神衛生相談員 (PSW) が、本人に会うことなく、父親から聞いた状況のみで Y 氏を精神障害と判断した。その後、精神衛生相談センターから連絡を受けた大師保健所 PSW が、家族の拒否にもかかわらず、自宅を訪問した。最終的には、警官同行で PSW も含む保健所職員が訪問し、強制的に Y 氏を多摩川保養院に入院させた。1973 (昭和 48) 年の第 9 回精神医学ソーシャル・ワーカー全国大会 (以下、全国大会) において、Y 氏から PSW の加害性に関する告発がなされ、PSW の実践がクライアントの人権を侵害することがありうることに問題提起された。

Y 問題は、精神衛生相談員である PSW が、指導・取り締まりを行う行政の一端として精神障害者 (Y 氏は精神障害者ではなかったが) を精神病院に収容する役割を担っていることを詳らかにした出来事であった。

しかし、Y 問題で明らかとなった PSW の加害性は、一部の機関や特定の PSW だけの問題ではなかった。1970 (昭和 45) 年の碧水荘病院事件 (東京都) では、入院患者の使役に協会員である S 氏が関与した (大熊 1981 : 48-9) ⁷。1971 (昭和 46) 年には、佐藤神経科病院 (愛知県) において、ケースワーカー K 氏が医療行為 (診察、検査、処置等) を行い、無資格医師として機能していたことが明らかとなった (田倉 1972)。このように PSW のなかには、精神障害者の社会復帰を担うのではなく、彼らの人権侵害に加担する者まで現れるようになった。

一方で PSW 本来の役割を追求するなかで、病院から求められる役割に反した PSW たちが、所属機関から解雇されそうになる事件も起きた。1969 (昭和 44) 年には、入院患者を退院させ過ぎたという理由で都内の病院に勤務する PSW の I 氏が解雇を命じられる事件が起きた (三代 1970 ; 谷中 2000)。三重県では、勤務する精神病院の食費ピンハネ問題を全国大会で報告した協会員が解雇されそうになる事件が発生した。一部の PSW は、I 問題を

⁷ 朝日新聞の記者であった大熊一夫が、アルコール依存症者を装って碧水荘病院に潜入し、精神病院について潜入取材を行った。1970 年より朝日新聞紙上で「ルポ精神病棟」として連載が始まり、その記事のなかに協会員であったケースワーカー S による患者に対する使役行為が記されていた。当時、碧水荘病院副院長が都議選に立候補した。その選挙戦の手伝いを行っていた S が患者を使役する様子が次のように記されている。「6 月 18 日 ケースワーカーの S が、ぶ厚い名簿とハガキ六千枚を持って、病室にやってくる。『これ、急ぐんだ。明日投函したいので、きょう中によろしく頼みます。いいですね』矛盾はだれだって感じているが、われわれは断れる立場にはない。字のうまい者十数人が狩り出される。昼すぎから夜の八時半までかかる。手首が痛い。ハガキは『投票日もせまっているので、よろしく』との文面であった。」 (大熊 1981 : 48-9)

協会執行部に組織の問題として取り上げ、裁判に持ち込み、精神医療の現状を訴えようとしたが、協会が介入することはなかった（谷中 2000；2004）。劣悪な精神医療のあり方が表面化したことで精神医療そのものが患者を疎外していることが詳らかになった。そして、PSW が社会科学的認識が欠落したままに技術だけを追い求めたことにより、目的と一致しない方向へ実践が進んだと指摘された（三代 1970：5）。

2) PSW による社会復帰活動の拡がり

その一方で、三枚橋病院（群馬県）や同和会千葉病院（千葉県）などの一部の精神病院では、閉鎖病棟の開放化運動が始まり、そのなかで PSW も社会復帰活動の担い手として機能し始めた。

この社会復帰活動とは、病院からの退院を援助するものであり、活動の主体は援助者であり、援助者が疾患や症状に着目し、教育的・訓練的に働きかけるものであった。そして、援助者と長期入院者との間には「治療・援助関係」が形成されていた（谷中 1996：178）。

1965（昭和 40）年にわが国で最初の精神障害者向けの共同住居である「あけぼの寮」を開設した浅香山病院では、病院スタッフが病院と兼務で寮での社会復帰活動を展開していた。PSW は夜間当直も行い、夜間の生活指導、新たな入寮者の相談、家族や職場との調整などについては、PSW が中心的役割を担っていた（高橋・長坂・依岡他 1968：17）。そして、1970 年代に入ると病院周辺へのアパート退院も推し進めていくようになった（仲野 1980：3）。三重県立高茶屋病院では、民間アパートを共同住居のような形で活用した社会復帰活動を行っていた。退院後も病院 PSW を中心に夜間も含めて訪問を行い、食事の作りを手伝ったり、入居者同士のトラブルの相談に乗ったり、職場との調整を行ったりしていた（渡辺 1969；萩下他 1979）。同和会千葉病院では、1970（昭和 45）年に開放化を開始し、1975（昭和 50）年からアパートへの退院を援助するようになった。PSW が自宅を訪問して生活指導などを行うとともに、院内に「ふえにつくす」というコーヒーショップを開設し、その運営を退院者が担うことで退院後の援助も行っていた（柴田・鈴木・井村他 1984）。

この時期は、院内作業療法の後に外勤作業を行い、その先に家族のいる自宅へ戻るか、アパート退院を行うことを社会復帰活動として捉えていた。PSW は、病院の業務の一環として、民間アパートへの退院を援助し、退院後も夜間も含めた自宅訪問を行い、相談にのったり、生活指導をしたりする社会復帰活動を展開していた。当時は国家資格もなく、診療報酬に位置づけられていないが故に、PSW は業務のなかで、ある程度の自由度をもって社会復

帰活動を行っていたようである。

しかし、こうした社会復帰活動の一方で、東海地方の PSW が行った業務実態調査では、業務として外勤作業に関する項目はあるものの、退院に関する項目がなく（岩田他 1972）、社会復帰活動が PSW の業務として十分に認知されていない状態も続いていた。

3. PSW 協会の混乱から見てきた長期入院問題

1) Y 問題への対応

Y 氏の告発などを受けて、PSW は所属機関から求められる役割と本来の役割との間で苦悩し、「自分たちは何をなすべきか」と自らの存在意義を問い直さざるを得なくなった。

「PSW の身分保障」と「患者の人権擁護」との間に混乱に陥った協会は、新たに理事長となった谷中輝雄を中心に 10 年に亘り、この問題について取り組むことになった。

Y 問題に直面するなかで柏木昭は、「患者が位置づけられている医療制度や、社会状況を直視することを避けたからでもある。（中略）患者や障害者といわれるものの実態や、彼らをめぐる状況を直視することなしに、むしろそうした現実とはかかわりのないところでの原理によって精神医療におけるソーシャルワーカーの方法論体系を構築しようとした。」

（柏木 1975：4）と自己批判を行った。ただし、ここでは、患者の位置づけられている医療体制や社会状況について具体的に記されていない。

協会は、1973（昭和 48）年に 12 名の PSW から成る調査委員会を立ち上げ、Y 問題に関する調査を実施した。調査委員会は、違法行為の有無に焦点化することは、第二の Y 氏を生むことになる」と述べ、措置及び同意入院の制度がある限り、同様の問題が繰り返される可能性があること、同じ事態を繰り返さないために PSW がなすべきことを考える必要性を指摘した。

協会は、調査委員会の報告を受け、1975（昭和 50）年 8 月に一人ひとりの PSW が日常業務の点検を行い、各地域で検討を行っていくための資料として「Y 問題調査報告により提起された課題の一般化について（資料）」を作成し、Y 問題の継承を図ろうとした。そこでは、「その基本となるべき姿勢、あるいは理念を『本人の立場に立つ』ということにおいた。ここで『本人の立場に立つ』ということは、ワーカーがそのままクライアントの立場に直接的、同時的に入れ代わるということではなく、クライアントの立場を理解しその主張を尊重することを意味している。」と掲げた。PSW の実践に不可欠でありながら、精神病院 PSW に決定的に欠けていたクライアントの立場に立つということを、協会としても明示したの

であった。

1980（昭和 55）年には、組織の機能回復に向けて Y 問題で提起された問題等について整理し、今後 PSW が取り組むべき課題を明らかにする提案委員会を立ち上げ、翌年「提案委員会報告」として四点を示した（表 2.1 参照）。

「提案委員会報告」では、同意入院（保護義務者の同意による非自発的入院）の制度上の不備と保健所の精神衛生相談員の活動に触れた上で、PSW が、対象者を保安処分的に処理・管理してしまう状況に身をおいていると指摘し、状況分析し、状況の改善に向けて組織として活動していく方向性を示した（栗谷・大野・小出他 1980）。

表 2.1 提案委員会報告

1. 立場と視点
「患者の立場に立つ」と言いながらも、協会がY氏の主張を尊重できなかったことを踏まえ、「本人の立場に立った業務の基本姿勢の確立を目指すこと」を確認した。
2. 状況と認識
PSWがソーシャルワーカーであるにもかかわらず、Y氏を取り囲み規制している状況进行分析するという社会的視点が乏しかったことについて反省し、ワーカー・クライアント関係を取り囲む状況の分析を通して日常実践と協会活動を進めることを確認した。
3. 実践とワーカー・クライアント関係
PSWがY氏を信頼せず、彼との間に「世話をする・される関係」という傾斜のある力関係を形成したことへの反省から、両者が信頼関係を築くプロセスを大切にしつつ、相互に独立した人間として付き合う中で問題の解決に向かって学び合う関係であることを確認した。
4. 福祉労働者としての二重拘束性
Y問題では、PSWは、精神衛生法体制に組み込まれた機関の一員としてY氏の人権を侵害した。PSWは、日常実践の中で「患者の立場に立つ」という関係性と共に、一方ではクライアントの要望に十分対応できない雇用者との関係を有している。このことを正直にクライアントに伝えつつ、課題解決に向かって彼らと共同作業をすすめることを確認した。

協会は、こうした議論を経て、1982（昭和 57）年の第 18 回全国大会において「札幌宣言」を採択した。「札幌宣言」では、「精神障害者の社会的復権」を PSW の実践の終局目標をし、「精神障害者の社会的復権と福祉のための専門的・社会的活動を進める。」ことを PSW の任務として示した。協会は、このような Y 問題の教訓化と継承への取り組みを通して、精神障害者のために役立つ資格制度の実現を目指すようになった。そして、自らの専門性と実践を高めていくため、三点課題（精神障害者福祉論の構築、PSW 業務指針の策定、PSW 倫理綱領の制定）を掲げ、専門性の構築に取り組み始めた。

2) 行き場のない長期入院精神障害者

協会が Y 問題への対応に揺れるなか、精神病院の PSW たちは、外勤作業を中心とした社会復帰活動を行っていた（藤沢・大海・重石他 1978）。先述の浅香山病院では、1971（昭和 46）年よりアパート退院を開始し、8 年間で 100 世帯を超える人たちが退院していた。PSW は、「精神科の患者さんだからといって本人の意思を曲げてまで、病院に釘づけされてはならないのだと考えています。」（菅野 1979：13）と本人の意思に反する入院への批判的視点をもつようになっていた。

一方で、アパート退院の対象を「彼らは家に引き取ってもらえず、かといってすぐには働けないので仕方なく入院が延びている人たちでした。」（菅野 1979：13）と捉え、退院阻害要因を家族や本人に還元する傾向も強かった。そのため、援助者が入院中から指導して社会復帰を援助するという援助者主体の活動の域から抜け出すことができなかった。

こうした PSW の活動に対して、三枚橋病院院長の石川信義は、PSW の仕事は、精神病院がつくり出した長期入院の後始末であり、「下請け仕事」とであると指摘し、そのような状態（長期入院）をつくり出さないようにすることが必要と指摘した（石川 1982：5）。

この時期、精神病院のなかでは、1979（昭和 54）年に大和川病院（大阪府）で起きた看護職員による入院患者撲殺事件に象徴されるように病院職員による患者殺害、患者虐待が止むことがなく続いていた。PSW は、「下請け仕事」の域を出ることができず、精神障害者の疎外の歯止めとして十分に機能することはできなかった。

4. 精神病院での社会復帰活動に行き詰まりを感じた PSW による地域活動

1) やどかりの里のはじまり

1970 年代に入ると、谷中ら一部の病院 PSW たちは、地域に飛び出し、地域実践を通して PSW の専門性を問う活動を続けた。

1970（昭和 45）年、病院 PSW であった谷中は、院外作業先の企業に工場の 2 階を貸してもらい、そこを退院者の宿舎として活用する取り組みを始めた。企業からは、健康管理などは病院の責任で行ってほしいという要望があったが、院長は退院者が事故などを起こしたときのことを考えると、病院として中間宿舎を運営することはできないと判断した。その結果、谷中個人の活動として「やどかりの里」の活動を始めた。谷中は、病院勤務を終えたあとに、食事作りなどの援助を行ったが、生活面の援助は企業の専務が担っており、再入院する者も出てきた。そのため、専従スタッフを採用し、病院にも応援のスタッフを出しても

らい、運営を続けた（谷中 1988）。

最初の専従スタッフとなった荒田稔は、日中は企業のスタッフとして作業訓練を行い、夜は寮生とともに工場の2階に住み、一緒に食事を作って食べ、食後は雑談をし、休日には一緒に外出するという24時間生活をともにする生活と送った（荒田 1988；2020）。

荒田が専従スタッフとして入ったことで援助としては充実したものの、専従スタッフの人件費の捻出という新たな問題も生じた。荒田の人件費は、半分を企業に出してもらい、残りを家族から訓練費として徴収し（のちに寮生から徴収に変更）、足りない費用は谷中が外部講師を行うことで賄っていた（谷中 1976；1988）。

当時の精神衛生法では、第48条に「精神病院又は他の法律により精神障害者を収容することのできる施設以外の場所に精神障害者を収容してはならない。」と規定され、かつ社会復帰施設に関する規定もなかった。そのため、共同住居の運営は、第48条に触れる危険性をもちつつ、経営基盤も脆弱という2つの苦難を抱えていた。1972（昭和47）年には、企業から分離して宿舎を設け、寮生による自主管理へと変更し、1973年からは寮の長期利用を廃止した（谷中 1976）。1974年末には、資金繰りが悪化し、職員たちの給与も支払えない状況に陥っていた。いよいよ運営が厳しくなり、存続の危機という状況になった時、メンバーから「利用者も法人の会員となること」が提案され、やどかりの里の会員の会員による活動が始まった（谷中 1988）。

谷中たちは、精神障害者とともに生きるなかで、同じ地面に立つ者として彼らを取り囲む劣悪な状況を知り、彼らの立場に立ってその苦悩を分かちもつことを選んだ。谷中たちは、「援助する者－される者」から成る一方的で固定的な「ワーカー・クライアント関係」から、彼らと支え合いながら、ともに成長していく「かかわり」を選び取った。そして、彼らと協働して彼らを取り囲む劣悪な状況に立ち向かう態度を希求するようになった。

2) やどかりの里に続く活動

1970代中盤から1980年代にかけて「やどかりの里」に続く活動が、全国で徐々に生まれた。1974（昭和49）年には、「あさかの里」（福島県）の活動が始まり、共同住居とともに、職場や生活のなかで困ったことについてお茶やコーヒーを飲みながら話せる場、企業の下請け作業などの事業部門などの活動を行っていた（半田 1979）

北海道十勝圏域では、1982（昭和57）年に門屋充郎ら5人の病院PSWにより自宅に帰れない人やアパートなどでの生活が困難な人たちのための共同住居「朋友荘」の運営が始ま

った。5人のPSWたちは、無報酬のボランティアの管理人、あるいは援助者として活動し、入居者に自宅の電話番号を伝え、24時間365日対応できる体制をとっていた（門屋2002；2015）。

東京都板橋区では、1983（昭和58）年に寺谷隆子ら11人の病院PSWが、資金を共同出資して「JHC板橋」を立ち上げた。病院PSWとして退院支援をするだけでなく、誰でも暮らしやすい街づくりを目指した活動を開始した。活動を開始するにあたり、精神障害者に対して調査を実施し、「働きたい」を実現するために大山作業所を開設し、就労に向けた準備プログラムから事業に取り組みだした（寺谷2002；2008）。

1984（昭和59）年には、北海道浦河町において、浦河赤十字病院PSWの向谷地生良らによって「浦河べてるの家」の活動が始まった。1979（昭和54）年に向谷地が空き家になった教会の旧会堂に住み始め、翌年から病院を退院した人が住み始めて共同生活のような状態が始まった。その後、回復者クラブ「どんぐりの会」のたまり場になり、働く場を確保する必要から有限会社の設立なども行うようになった（向谷地1992；1996）。

このように一部の病院PSWたちは、病院職員としての業務を行いつつ、PSWとしてのミッションのために、自分のプライベートな時間、お金、人脈などを使って地域において社会復帰活動を展開するようになった。このように、わが国でもPSWたちによる地域活動の萌芽が見られ、1980年代後半には、約100か所程度の共同住居が整備されていた（谷中2000：65）。しかし、そうした社会復帰活動にもかかわらず、精神病床は更に増え続け、精神病院における精神障害者の長期隔離収容政策は強化されていった。わが国だけが世界の潮流に反し、政策を転換させることなく、長期にわたる隔離収容を強めていった。

一方、1978（昭和53）年には、イタリアでバザーリア法が成立し、新規の精神病院の設立が禁止されるなど欧米では病院から地域へという流れが加速していた。

第3節 PSWによる人権回復への取り組み

1. 報徳会宇都宮病院事件と社会復帰施設の誕生

1) 報徳会宇都宮病院事件とPSW

1983（昭和58）年の協会誌において「精神科病院における長期在院者をめぐる諸問題」が発表され、協会誌の論文タイトルに初めて「長期在院」という用語が入ったものが掲載された。そのなかで長期入院者は不適應のために入院が長期化しているのではなく、病棟生活

に適応していること、治療者が積極的に治療対象としているのはごくわずかの患者に過ぎないことが示された。つまり、問題を起こさないことを評価の前提とし、問題を起こす人にしかかかわらないという病院職員の姿勢が長期入院の要因ではないかと指摘した（今井・斉藤・田宮他 1983 : 50-1）。

同じ号において門屋は、PSW が所属する機関と対立することを避けたことを、PSW としての役割機能の放棄であったと指摘した。そして、PSW は、所属機関の社会的立場性や役割についての見方を失っている。精神衛生法に反医療的面があることを認識し、その法を乗り越えたところで対象者との関係を築くことが PSW の役割であると主張した（門屋 1983 : 79）。

このように PSW から自分たちの実践を問う指摘がされた 1983（昭和 58）年に、奇しくも報徳会宇都宮病院事件（栃木県）において病院職員の暴行により入院患者が相次いで死亡する事件が起きた（発覚したのは翌年 3 月）。4 月には、食事に不満を漏らした入院患者（32 歳）に対して 3 名の看護職員が金属製のパイプで叩く等して撲殺した。12 月には、面会に来た知人に病院への不満を漏らした入院患者（35 歳）に対して、看護職員等 5 名が、パイプ椅子などで殴打し殺害した。宇都宮病院では、この事件以外にも、患者に対する暴行、使役などの人権侵害が常態化していた。

この病院では、PSW も入院患者の人権侵害に関与しており、女性 PSW は看護師と共に死亡患者の脳を研究用に摘出する作業を行っていた（大熊 1988 : 151-2）。当時、宇都宮病院を調査した PSW によると、この病院の PSW は、「院長にいわれるまま、入院時に患者を迎えに行って拘束して連れてきたり、死亡退院になりそうな人の解剖承諾書をとったりしていた。」（高橋 2002 : 84）という役割を担っていた。

また、宇都宮病院の入院患者は、栃木県内の患者だけでなく、首都圏から入院していた。行政や警察と癒着し、アルコール依存症者を中心に引き取り手がいない人の入院を引き受けていた（森山 1984）。当時、宇都宮病院が患者セールスのために、都内の病院に配布した病院パンフレットには、「特に慢性難治の治療には力をつくします。」と記され、印字されたものの上にスタンプで「特に慢性酒精中毒病棟 200 床あり」と押されていた。このように宇都宮病院は、行政や警察、そして他の精神病院から「いらぬ患者」をもらい受けることにより病床を満たしていた。

1984（昭和 59）年、協会は「報徳会宇都宮病院問題に関する決議」を出した。その中で、宇都宮病院の問題を精神病院の持つ根源的な問題として捉え、同様の事態が多少の差こそ

あれ協会員の身近にあることを認識することとその改善に向けた実践的あゆみを進めることを指摘していた。そして、PSW の実践が所属機関の影響を受けやすいこと、力量に限界があること、これらに対して協会が総体としてどのように援助するか検討することの必要性を指摘した（日本精神医学ソーシャルワーカー協会 1994 : 5）。

宇都宮病院事件が発覚した直後の第 20 回全国大会のシンポジウムにおいて、谷中は、この事件に触れ、「すべての病院に勤務する我々ソーシャルワーカーが、真剣に、かつ、患者さんの立場に立つという、そのことを自ら患者さんの不利益にならないためには、身を張ってでも闘わなければならない問題だと私は思います。」（柏木・小松・谷中他 1985 : 76）と会員に語りかけた。そして、病院 PSW に向けて、病院のなかで給料をもらうだけでなく、地域のなかで患者さんが生活できる支援体制を作るのが病院ワーカーの役割であると指摘し、PSW のミッションに基づいて活動することの意味を問いかけた（柏木・小松・谷中他 1985）。

この事件で明らかになったのは、宇都宮病院という一病院の中で起きた患者殺害、患者虐待であった。しかし、宇都宮病院に入院患者を送ったのは、行政機関や他の精神病院であり、そこには精神衛生相談員や病院 PSW も何らかの形で関与していたはずである。宇都宮病院を成り立たせていた精神医療や福祉の精神障害者に対する抑圧的な構造には、PSW も含むすべての医療福祉関係者が関与していたと言える。実際、同時期に協会の島根支部が行った業務実態調査でも、公立病院や総合病院の PSW に比べ、民間病院の PSW が退院援助を行っておらず（日本精神医学ソーシャル・ワーカー協会島根支部 1985）、結果的に収容体制に協力していたことが示唆される。

報徳会宇都宮病院事件は、国内外で大きく報道され、わが国の精神医療体制に対する批判が高まった。国際法律家委員会（ICJ）と国際保健専門職委員会（ICHP）の合同調査団が来日し、「日本の精神医療制度の現状は、精神障害者の人権及び治療という点において、極めて不十分とみなさなければならない。」と指摘され、①精神衛生法の改正、②精神衛生サービスの改革と再検討、③精神衛生分野の教育とトレーニングの改革という勧告がなされた（精神医療人権基金運営委員会 1986）。

2) 社会復帰施設の創設

国内外の批判を受け、国もようやく重い腰を上げ、1987（昭和 62）年に精神衛生法を精神保健法に改正した。法律の目的には、精神障害者の「社会復帰を促進し」と明記された。

そして、精神障害者社会復帰施設として精神障害者生活訓練施設、精神障害者福祉ホーム、精神障害者授産施設が制度化された。各施設には、「精神科ソーシャル・ワーカー」が必置の職種として規定された。

これにより、既に活動していたやどかりの里や JHC 板橋などが法内施設として活動することが可能となり、ようやく地域で活動する PSW に安定した給与を保証できる体制が整いだした。さらに 1993（平成 5）年の精神保健法一部改正において、精神障害者地域生活援助事業（グループホーム）も法定化され、地域における PSW の職域は拡がりを見せるようになった。

この社会復帰施設の法定化は、長期入院者の退院を促す契機となった。精神病院を営営する法人が社会復帰施設を立ち上げるケースも多く（大島 2000）、社会復帰施設を利用した退院援助が一般化し、その業務に PSW が携わるようになった。

この時期の病院による退院支援の一例として谷野呉山病院（富山県）の実践を挙げる。この病院では、1970 年代から民間アパートへの退院という取り組みを始め、1977（昭和 52）年からは病院が中間施設を運営し、社会復帰活動を行っていた。精神保健法施行後の 1988（昭和 63）年からは、PSW を中心に長期入院者のグループ退院（退院に向けた 5～10 名のグループを作り、同じ日に退院する取り組み）を始め、そのなかで住居の確保が課題となり、1993（平成 5）年の精神保健法改正後は、法定化されたグループホームの運営も始めるようになった（宮部 2009）。

地域側の実践例としては、北海道十勝圏域の実践が挙げられる。既述のように 1980 年代から始まった病院 PSW たちの活動は、その後も広がりを見せ、地域に下宿や作業所を創り、民間アパートを開拓し、使える資源を拡充していった。その結果、地域で暮らす人が増え、その人たちの支援を行うために、勤務先である病院の仕事ができなくなり、PSW 自身も地域社会のなかで自分の生活する場を作らざるを得なくなった。門屋は、「ラッキーにも精神保健法は、その一つの場を創るチャンスを与えてくれました。」（門屋・菅野・寺谷他 1994：20）と表現していた。一方で、精神病院が敷地内に社会復帰施設をつくり、母体病院の退院者しか受け入れないのであれば、それは病院の奥座敷を拡げるだけで、社会資源とはいえないと批判した（門屋・菅野・寺谷他 1994：22）。

また、門屋は、病院における患者の退院基準が専門職の「狭い了見」に基づくものであると指摘し、掃除や調理などの生活技術がなくても、様々なものを活用して生活すればよい（門屋・菅野・寺谷他 1994：21）と、ストレングスモデルにつながる考えをこの時点で指

摘していた。

同様の考えは、病院 PSW から示され、これまでの援助システム（外勤作業や掃除当番など）や食事や住まいを問題として捉える視点を、PSW は見直す必要がある。病院が食事や住まいを提供してきたが、そのやり方には限界が来ており、多くの人は退院できると指摘した（梶元 1991：21）。

このように PSW の視点に変化が見えつつあったが、長期慢性期病棟の「荒廃期の患者」に対して、治療共同体的取り組みを用いてハリのある生活をもたらすという病院内での援助に固執する PSW もおり（橋本 1992）、地域で支えるという考え方は道半ばの時期であったこともうかがえた。

このように社会復帰施設の法定化は、PSW の実践に大きな影響を与えた。精神保健法施行 1 年後の全国大会では、5 つの分会のうち、地域活動の分科会が 3 つを占めるようになった。「住まいの問題」の分科会では、福祉ホーム、共同住居、アパート退院の報告が行われ、地域における PSW の実践は拡がりを見せるようになった。その一方、以前のように病院 PSW が共同住居の管理・運営を兼務するようなことは減り、施設には専従の職員がおかれ、「病院のワーカー」と「地域のワーカー」という役割の分断が起き始めた。クライアントの求めに応じて柔軟に対応してきた PSW の動きに一定の制約がかかり始めた。

3) 国家資格化へ向けた動き

病院だけでなく、地域においても PSW の配置が進むなかで、協会は、自らの専門性を構築するために精神障害者福祉に関する理論の構築を続けるとともに、1988（昭和 63）年に「日本精神医学ソーシャル・ワーカー協会倫理綱領」を制定した。

倫理綱領では、「われわれ精神医学ソーシャルワーカーは、個人の尊厳を尊び、基本的人権を擁護し、社会福祉専門職の知識、技術および価値観により、社会福祉の向上ならびに、クライアントの社会的復権と福祉のための専門的・社会的活動を行うもの」と自らの役割を規定した。PSW は、精神障害者の権利を抑圧する機関に勤務していようとも、「精神障害者の社会的復権」を目指して活動することを改めて明示した。

翌年には、「精神科ソーシャルワーカー業務指針」を採択し、PSW 業務の専門性を示した。この業務指針では、PSW の業務を「対象者の社会的機能を低下させている問題の特質と、問題を複雑にし現在まで持続させている要因を探り、問題解決ないし困難緩和のための具体的方法にはどのようなものがあるかを吟味し活用すること」（日本精神医学ソーシャ

ル・ワーカー協会 1989) と規定した。そして、業務分類においてケースワーク業務のひとつとして「退院援助」を挙げ、業務の範囲でも「退院援助 (社会復帰)」⁸を示した。このように 1980 年代の終わりには、PSW は自らの業務として退院援助 (社会復帰) を認識するようになっていた。

また、国家資格化をめぐる動きとしては、1987 (昭和 62) 年に「社会福祉士及び介護福祉士法」が成立し、わが国で初めてのソーシャルワーカーの国家資格が誕生した。社会福祉士が医療ソーシャルワーカー (以下、MSW) を切り離して誕生したこともあり、MSW の資格化をめぐる議論が活発化した。しかし、厚生省が示した医療福祉士案には「医師の指示」による医行為が含まれていたため、日本医療社会事業協会が社会福祉士以外の資格を受け入れないとし、協会は PSW 単独で国家資格化を目指すことになった。坪上は国家資格化に向かうなかで、これから人権の擁護が PSW の業務となるとした上で、①PSW が倫理的に危険な商売であることを自覚すること、②これだけは絶対に譲れないことを守るために他を譲って生きる、いざという時に身体を張って断る覚悟をもつこと、③倫理からの逸脱に気づいたときは、逸脱した経験をバネとして生かすことを協会員に求めた (坪上 1994)。

1993 (平成 5) 年に障害者基本法が成立し、精神障害者も障害者として認められたことにより、1995 (平成 7) 年に精神保健福祉法が成立し、精神障害者保健福祉手帳制度も始まった。この流れのなかで PSW は、精神病院 PSW や行政職員としてだけでなく、社会復帰施設や共同作業所の職員として社会復帰や社会的復権を担うようになり、国家資格の必要性が更に高まった。

2. 精神病院における退院援助の難しさ

1) 精神保健福祉士法の成立

1993 (平成 5) 年の精神保健法一部改正では、グループホームの法定化など長期入院者の退院に向けたハード面の整備を進めるとともに、長期入院者の社会復帰を促進する専門職の必要性が強調され、「PSW 国家資格制度の創設」が国会において付帯決議された。

⁸ 「退院援助 (社会復帰)」の内容として「退院後の生活設計に関与し、予測可能な問題を対象者とともに整理し、退院可能な状況整備 (生活条件) を援助する。転院、在宅医療 (療養) 等にとともなう対象者及び家族の不安・葛藤を軽減すること。医学的判断を前提に、転院のための医療機関の設定・紹介、退院後の社会福祉施設等の紹介と通所・入所に必要な援助をする。死亡にとともなう諸問題を援助する。」と説明した (日本精神医学ソーシャル・ワーカー協会 1989)。

精神保健福祉士法は、1997（平成9）年12月の臨時国会において可決成立した。精神保健福祉士法の提案理由として「我が国の精神障害者は入院者の割合が高いこと、入院期間が長期にわたること、精神保健及び精神障害者の福祉の増進を図る上で、その社会復帰を促進することが喫緊の課題となっていること、こうした状況を踏まえ、精神障害者の社会復帰に関する相談援助の業務に従事する者の資質の向上及びその業務の適正を図り、精神障害者や家族が安心して必要な支援を受けることが出来るように、新たに精神保健福祉士の資格を定めることとする。」と説明されていた。

1997（平成9）年当時、わが国の精神病床数は約36万床、平均在院日数が約450日であり、入院患者の半数が5年以上入院している状況であった。精神保健福祉士は、長期入院者の精神科病院から社会復帰（退院）を担う専門職として誕生した。この頃には、病院から地域に出て活動するPSWも増え、精神保健福祉士法が国会審議されている時期に開催された第33回全国大会は「岐路に立つPSW－地域の中で共に歩む－」がテーマとなった。特別講演を行った厚生省の官僚からは、社会復帰施設などのハードと障害者をつなぐ役割をPSWに担って欲しいとの発言があった（岩崎1997）。

2）社会的入院の解消に向けたPSWを中心とした退院援助の展開

浅香山病院の柏木は、これまでのアパート退院などの実践に触れ、これまでは病院PSWが退院者の地域生活を支える役割を担ってきたが、これからは地域の社会資源にその役割を委ねる方向性を志向したいと病院PSWの立場から主張した。そして、長期入院者に対する病院PSWの役割を、患者の不安を受容し、彼らが自己決定するときを待ち、地域で暮らす人の生の声を彼らに届け、具体的な生活不安に共に向き合うことであると指摘した（柏木2002）。しかし、この頃には、精神病院の二極化が進みつつあり、PSWが時間をかけて退院支援をすることができず、ベッドコントロールに追われるような状況も指摘されていた（柏木・小田・安藤他2002）。

2003（平成15）年には、協会誌において社会的入院の特集があり、各地の実践が報告されていた。退院に向けて、院内で細かく段階を分けて訓練する退院援助（瀬戸山2003）や地域の状況が改善されない限り社会的入院の解消は難しい（藤井2003）とする報告などクライアントや環境の欠陥に焦点化する報告が見られた。一方で医療従事者は失敗を恐れて手助けをしてしまうところがあることを指摘し、失敗することの意義を伝える報告もあった（黒木2003）。加えて、退院促進事業を活用して退院支援を行った病院PSWから、本人

と自立支援員とのつながりを通して、本人とつながりをつくり、彼らが退院したいと思うようになる環境をつくるのが PSW の役割であるという気づきがあったとの報告もあった（朝本 2003）。

同年とその翌年には、協会の精神医療委員会において「社会的入院者の退院促進のために PSW は何をすべきか」をテーマに検討が行われ、2005（平成 17）年に『社会的入院の解消に向けて』という報告書が出された。精神医療委員会のため、委員の構成は 10 人中 8 人が病院 PSW であり、残りは大学教員と行政職員で地域の支援者は含まれていなかった。報告書では、5 つの病院による退院援助の実践例が示された。駒木野病院（東京都）の民間マンションの 1 室を借り、退院支援アパートという名称でひとり暮らしの体験をする部屋を設けた取り組み（山口 2005）や南埼玉病院（埼玉県）の地域生活支援センターと協働して実施した退院支援の取り組み（今野 2005）など病院 PSW による退院援助の取り組みが報告された。一方で、都立松沢病院では、病棟の建て替えによる病床の削減と病棟の再編にあたり PSW が 12 名増員され、社会復帰支援室を設置して退院援助を行っていたが、退院者の半数以上は他の精神病院への転院であったとの報告もあった（山田 2005）。この報告は、精神病院の二極化が進み、病床のダウンサイジングと機能分化が起こった結果、転院調整という名での患者の「転売」が起き、その担い手として PSW が機能することになることを暗に示していた。

精神障害者の社会復帰を促進する専門職として誕生した精神保健福祉士であったが、未だに社会的入院は解消されておらず、精神保健福祉士は、その役割を果たしているとは言えない状況が続いている。この状況に対して門屋は次のように厳しく批判した。

「PSW が医療社会の中にあって役割の自己矛盾に陥り、二重拘束のきわみの中で苦勞してきたと自覚するならば、それは精神障害者の不幸の現実を認識し、その歴史的実態の反映であること意識化するものであることを強調しておきたい。繰り返すが、自己矛盾に陥らず、二重拘束を意識できずに活動している PSW は、精神障害者の不幸を当たり前と容認していることになり、厳しくいえば PSW としての専門性が微塵も認められないということである。」（門屋 2004：103）

更に社会的復権を実現するためには、疎外状況からの解放、つまり病院からの退院促進、個々人の生活の場での治療のあり方を保障することが必要であるが、こうした取り組みは

過去からの解放に過ぎない。本当に社会的復権を果たすためには、「精神科病院や社会復帰施設、医療専門職主導のかかわり方からの解放が必要」（門屋 2004：105）と指摘した。

この門屋の指摘にあるように、精神科病院による退院援助には、個々の精神科病院により取り組み状況が異なること、病院の運営するデイケアなどへの利用誘導がされやすいという限界がみられた（川口 2009）。

長期入院者の退院支援の担い手は、二重拘束のきわみのなかで動けない病院 PSW から地域の支援者へと移り、病院による「退院援助」から「退院促進」そして「地域移行支援」へと端境期を迎えた。

3. 大和川病院事件と退院促進事業の始まり

1) 大和川病院事件と精神科病院による退院援助の限界

報徳会宇都宮病院事件以降も何事もなかったかのように、わが国の精神病床数は増え続け、1993（平成5）年にピークを迎えた。同年2月には、大和川病院（大阪府）において、入院患者（57歳）が世話役患者から暴行されたまま12日間適切な治療を受けずに放置され、死亡する事件が発生した。この病院で患者が死亡する事件は、これで3回目であった。この病院は、宇都宮病院と同じで、行政にとって困った人を引き取ってくれる都合のよい病院であった（里見 2003：869）。当事者の山本深雪は、PSW たちに対して次のように問いかけた。

「法定化された仕事の枠内で、こじんまりと消化作業に終わらず、患者の心の痛みや悔しさに共感できる『人』として、更に日常の専門性の内容を問いつづけて欲しい。そしてワーカーがいることの重要さを初志貫徹でひろげて欲しい。」（山本 1995：48）

協会は、大和川病院事件に対して情報の収集と共有を行うに過ぎなかった。1995（平成7）年には、阪神淡路大震災が起これ、その対応を図るとともに、前節にある国家資格化へ向けた動きのなかで、この事件について、協会内で深く検討された様子はなかった。

2) 退院促進事業のはじまり

こうした状況のなか、大阪府精神保健審議会では、当事者や支援関係者で議論を重ね、「大阪府障害保健福祉圏域における精神障害者の生活支援施策の方向とシステムづくりについ

て」を答申した。大阪府では、この「社会的入院は人権侵害」と明記された答申を具体化するために、2000（平成 12）年より大阪府独自事業として「精神障害者社会的入院解消研究事業」を開始した。2002（平成 14）年には「地域生活移行支援研究事業」、2003（平成 15）年からは国のモデル事業である「精神障害者退院促進支援事業」として退院促進事業を実施した。この事業では、精神病院の管理者が対象者の承諾を得たうえで、保健所に設置された自立支援促進会議に対象者を推薦し、この会議において事業利用の可否を決定する。事業対象者への退院支援は、大阪府から委託を受けた精神障害者社会復帰促進協会に所属する自立支援員が担当していた。自立支援員は、精神病院を訪問し、一緒に院内作業療法に参加したり、馴染みの喫茶店への外出に同行したりしながら、自立支援計画に基づいて退院に向けた支援を実施した。退院後は 2 か月以内でアフターフォローも行っていた（鹿野 2003；吉原 2005；今井・奥村・伊永他 2005）。この事業では、支援開始時は、マネジメントの軸を PSW が担うことが多かったが、支援終了時には、自立支援員が担うことが増えていた（鹿野 2003）。大阪府では、この事業を通して人権侵害である社会的入院の解消を目指した活動を開始した。

この事業を契機に、個別の病院の取り組みを超えて、行政の取り組みとして長期入院者を対象にした退院促進事業が始まることになった。そして、地域の機関の職員が、精神病院のなかに入り、退院支援を行うことも、この事業から始まることになった。

第 4 節 長期入院精神障害者の退院支援を巡る問題の所在

1. 退院促進事業の課題と地域移行支援事業の展開

1) 退院促進事業の拡がり

2000（平成 12）年に大阪府単独事業として退院促進事業が始まり、埼玉県など他の自治体でも独自事業として実施するところもでてきた。2003（平成 15）年には、大阪の事業の実績評価に基づき、国がモデル事業として全国 16 か所において「精神障害者退院促進支援事業」をスタートさせた。

また、2002（平成 14）年には、国立精神・神経センター国府台病院において Assertive Community Treatment (ACT) プログラムも始まった。2011（平成 23）～2013（平成 25）年にアウトリーチ推進事業では、当該事業を実施する医療圏域における精神病床数の削減を条件に事業が実施され、国立国府台病院などで病床が削減された。

2004（平成 16）年の精神保健医療福祉の改革ビジョンでは、「入院医療中心から地域生活中心へ」という方針を示し、今後 10 年間で約 7 万人の「受け入れ条件が整えば退院可能な者」を解消するという数値目標を掲げた。

2006（平成 18）年から「精神障害者退院促進支援事業」は、モデル事業から障害者自立支援法の都道府県地域生活支援事業に位置づけられ、2007（平成 19）年には、41 都道府県において事業の実施がみられた。2008（平成 20）年から「精神障害者地域移行支援特別対策事業」となり、更に 2010（平成 22）年には「精神障害者地域移行支援・地域定着支援事業」に再編され、長期入院者の退院支援を担う地域移行推進員に加え、地域生活に必要な体制整備を行う地域体制整備コーディネーターが配置された。事業対象者を退院させることがゴールではなく、精神障害を有していても生活できる地域づくりという視点が強調された。

同年には、精神保健福祉士法一部改正も行われ、精神保健福祉士の役割として「地域相談支援の利用に関する相談」が追加され、地域の精神保健福祉士が精神科病院に出向いて退院支援を行うことが法律上規定された。

この頃より、長期入院者の退院支援の主たる担い手は、病院 PSW から地域の支援者に徐々に移行し始めた。その流れは障害者ケアマネジメントの流れと一致した。2002（平成 14）年には、三障害共通の指針となる『障害者ケアガイドライン』が示され、2003（平成 15）年から支援費制度が始まり、障害者ケアマネジメントが動き出した。2006（平成 18）年に障害者自立支援法が施行され、相談支援事業（ケアマネジメント）が法律に明記され、精神障害者も支援対象となり、相談支援事業者に勤務する PSW が、ケアマネージャーの役割を担う相談支援専門員として活動するようになった。

協会は、こうした状況を踏まえ、ケアマネジメント委員会を設置し、2001（平成 13）～2006（平成 18）年にかけてケアマネジメント研修会を実施した（日本精神保健福祉士協会 2008）。その後、ケアマネジメントと退院促進（地域移行支援）は、その流れを同一にしていく。

2006（平成 18）年に協会が厚労省の補助金を受けて実施した「精神障害者退院促進支援事業の効果及び有効なシステム、ツール等に関する調査研究」では、調査を実施した 12 地域において、PSW を中心とした自立支援員が訪問支援を行い、相談支援事業者や自立促進協議会がケアマネジメントを担っていた（日本精神保健福祉士協会 2007）。2007（平成 19）年に協会が受託した厚労省の「平成 19 年度精神障害者退院促進強化事業」では、全国 9 地

域を対象に退院促進の事業体制や実施状況について調査を実施した。9 事例中、精神科病院が中心となった事例は3つであり、うち1つは、国立精神・神経センター精神保健研究所が中心となつて行う ACT の実践であつた。相談支援事業者が中心となり、行政とともに事業を実施する流れが鮮明になってきた（日本精神保健福祉士協会 2008）。

この頃の退院促進事業や地域移行支援事業では、都道府県から精神科病院に依頼して協力病院として登録してもらい、その病院から退院支援の候補者をあげてもらい、自立支援員や地域移行推進員、ピアサポーターなどが病院に出向いて退院支援を行っていた。支援員は、長期入院者本人が退院意欲を示していなくても（契約を結んでいなくても）、意欲喚起のために一緒に買い物や外食などを行っていた（丸瀬 2010；國重 2010）。また、これまで病院が行っていた地域生活のためのスキル（調理や掃除などのスキル）を身につけるプログラムではなく、夢を語り合ったり、見学や外泊をしたりして夢や希望を取り戻すためのプログラムを行い、退院意欲の回復を図る実践（岩上 2010）、ピアサポーターを養成し、ピアサポーターが病院に出向いて一緒にレクリエーションに参加したり、情報を提供したりする実践（河島 2010）も見られた。退院意欲が示されるようになると、一人ひとりとのかかわる時間を多く確保して、本人と一緒に不動産屋巡りや施設見学をする中で退院後の生活イメージを膨らませていた（金川 2009）。また、病院に出張講演に行き、希望者には入院中から退院支援を行っている法人の事業所に通所してもらい、通所が安定してきた段階で住居探しをするような実践も見られた（田尾 2008；2010）。当時の事業では、支援期間も定められていなかったため、一人ひとりの利用者に対して、必要な時間をかけて退院支援やアフターフォローを行うことが可能であつた。

一方で、協力病院が事業対象者として推薦しなければ事業を利用できない、病院間で事業の利用状況に差がある、事業者間に動きの差が出る（活動しなくても補助金額に変化はない）などの課題も見られた。

2）地域移行支援（個別給付）のはじまり

2012（平成 24）年からは、障害者自立支援法に基づく地域相談支援（地域移行支援・地域定着支援）として個別給付化され、一般相談支援事業者の相談支援専門員が地域移行支援を担うようになった。相談支援専門員は、個別支援から抽出した課題を普遍化し、協議会を活用して社会資源の改善・開発につなげることも強調されるようになった。また、この頃から退院者の生活をフォーマルサービスで固めることに対する批判が相談支援専門員である

PSW を中心に展開されるようになった（門屋 2008；佐藤 2008；門屋 2010；岩上 2010；金川 2014）。相談支援従事者研修などにより相談支援専門員のなかでストレングスモデルが浸透し、これまで病院や地域の事業者が行っていた法人内資源やフォーマルサービスで囲い込む支援ではなく、本人の意向を中心に据えた支援のあり方への変化がみられた。

個別給付化以降の個別支援でも、相談支援専門員が買い物や昼食に同行する、一緒に喫茶店に行く、雑談をするなど一緒に行動して、長期入院者と信頼関係を構築することは重視されている（藤澤 2014；金川 2014）。退院が具体的にになった時点では、本人が参加するケア会議を開催し、これまでの本人の頑張りや退院後の生活の希望などを支援チームで共有していくことも強調されている（金川 2014：178）。こうした支援のあり方は、本人の意向を中心に据えた支援のあり方を反映した実践といえる。

地域移行支援の個別給付化によるメリットとしては、本人の申請があれば、市町村が認定調査を行い、サービス利用の可能性が高まったこと、退院支援を一般相談支援事業者が実施することになったため、退院支援を実施できる機関の裾野が広がることが期待された（金川 2013：62）。しかし、制度施行後も長期入院者や家族から直接申請が来たという話はあまり聞かない（金川 2014：176）。また、序章で示したように地域移行支援サービス費の指定事業所のうち算定事業所は 8.3%に過ぎず（厚生労働省 2017）、期待された実施機関の裾野の拡大は起きていない。

加えて、個別給付化のデメリットとして、長期入院者が自ら利用申請を申し出るとは考えにくく（古屋 2015：151）、退院意欲を示さない人が支援対象とならないこと、従前の事業で行われていた契約前の利用者の掘り起こしのための支援ができないこと、利用期限（原則 6 か月、具体的に退院が見込まれる場合は更新可）があるため、時間をかけて退院支援を行えないことなどが挙げられる。

2017（平成 29）年度からは「精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築」に向け、地域移行の促進に向けた体制整備を進めている。しかし、わが国では、未だに長期入院者が約 20 万人おり、年間 1 万人超の人が死亡により退院している（厚生労働省 2014）。このように長期入院者の社会復帰の促進という課題は未達成である。

2. 精神科病院における退院支援の限界

1) 業務に縛られる精神保健福祉士

2013（平成 25）年の精神保健福祉法改正により、精神科病院の管理者は、医療保護入院

者が入院して7日以内に退院後生活環境相談員を選任することとなった。退院後生活環境相談員を担う精神保健福祉士が、医療保護入院者の早期の退院に向けた中心的役割を担うようになっている。

また近年、診療報酬でも、精神保健福祉士の配置が要件として規定されるようになってきている。専従の精神保健福祉士を配置した退院支援部署において退院支援計画を作成した際に算定される退院調整加算や、病棟に専従の精神保健福祉士1名を配置することなどによって算定される精神保健福祉士配置加算に加え、地域移行機能強化病棟、精神科救急病棟、精神科急性期治療病棟でも、精神保健福祉士の配置が要件になっている。例えば、地域移行機能強化病棟入院料では、入院患者数が40名を超えない場合、精神保健福祉士を専従1名、専任1名配置することが条件となっている。精神療養病棟でも、退院支援相談員の配置が規定されており、主に精神保健福祉士がその役割を担っている。

このように精神保健福祉法や診療報酬に精神保健福祉士の役割が規定されることで、精神科病院におけるPSWの配置は進んだ。その一方で、割り当てられた仕事や役割をこなすことでPSWの仕事をした気になっているとの危惧も生まれている（柏木昭・大野・柏木一2014）。現場のPSWからも、診療報酬対象外の支援を行うことに躊躇する傾向がみられるとの指摘もあった（鈴木2019：73）。

国が診療報酬などを用いて精神病棟の機能分化を促進し、入院期間を短縮し、精神病床の削減に向けた政策誘導を行うなかで、病院PSWは、新規入院者の退院支援やそれに伴う書類作成などに追われ、長期入院者の退院支援にかかわる余裕がなくなっている。

また、国が推し進める精神科病院の機能分化やダウンサイジングは、より良い精神医療を実現するために必要ではあるものの、その過程で一定の入院期間を超える者を転院させる傾向が強まっている⁹。2017（平成29）年度の統計資料によると、入院期間が「1年以上5年未満」および「5年以上」の長期入院者の退院後の行き先として「他の病院・診療所入院」が最も多く、「5年以上」では、41.7%となっている（厚生労働省2020a）¹⁰。この転院

⁹ 公立精神科病院が病棟を削減し、患者のほとんどを転院させることで、スタッフも削減し、機能を特化するという場当たり的な方法は「悪魔の囁き」であり、長期入院者に申し訳ないだけでなく、治療技法の進展の放棄であるという指摘（藤井2004：673）もあった。しかし、山田（2005）や高田（2015）の報告にあるように転院という方法でダウンサイジングを行った病院が少なくなく、その担い手としてPSWが機能した。

¹⁰ 病床の機能分化を進め、病床回転率を上げようとする病院から長期入院者を引き受けることで病床稼働率を上げようとする病院では、入院患者の死亡退院率が高くなっている。2001年に不祥事で閉院となった朝倉病院（埼玉県）の系列病院である滝山病院（東京都）

調整の担い手として病院 PSW が機能している。ベテラン PSW からは、3 か月以内に退院できない人に転院を強要することを退院支援とすることへの危惧が語られている（金成 2014）。しかし、転院後に長期入院者に降りかかる不幸を想像できたとしても、先に病床の削減や廃止が決まっていたり、ベッドコントロールせざるを得ない状況があったりすれば、病院職員として担わざるを得ない。そうした PSW の姿勢に対して、トリアージュと称して、入院患者の選別に奔走し、病院のベッド稼働率に汗水を流し、精神科病院に消費されている（物江 2010：79-80）との指摘も見られた。

PSW が転院調整という長期入院の後始末を担う状況にあることは、既述の事例（山田 2005）や浦河赤十字病院の精神科廃止に伴い転院した事例（高田 2015）などからも推察される。浦河赤十字病院は、精神医療改革のモデル実践といえるが、浦河赤十字病院の高田の述懐にあるように長期入院者の苦悩の上に成り立つ改革でもあった。

「浦河で起きた 2014 年の精神科病棟閉鎖の物語は、決して地域移行の成功例ではない。支援者の力不足と病院の一方的な事情により転院を余儀なくされ、今も別の精神科病院の中で生活を送っている方がいることを忘れてはいけない。慣れ親しんだ病棟を奪われ病状が悪化してしまった方、家族との距離が離れてしまった方、治療が十分にできないまま転院してしまった方たちがいたこともまた事実である。」（高田 2015：498）

協会は、こうした状況にある病院 PSW に対して、社会的入院解消に向けて担う役割として、入院患者との関係づくり、相談支援事業者などの紹介、入院患者のストレングスの発見、社会資源の情報提供などを示している（日本精神保健福祉士協会 2014）。つまり、病院単独の退院支援ではなく、地域の相談支援事業者（相談支援専門員）との連携に基づく退院支援を行うことを、協会は会員に明示したのであった。

3. 全面的な生活支援を軸とした先進的な地域実践

このように長期入院者の退院支援は、病院と相談支援事業者などが連携する形で取り組み体制になり、PSW の役割も大きくなりつつある。しかし、地域移行支援の算定事業者数

では、60%台の死亡退院率が続いていた（木村 2013：105）。都内の病院で勤務する数少ない数の PSW は、この病院の状況については理解していながらも、所属機関のベッドコントロールの調整弁として利用しているという一面もあった。

の少なさからも、その連携が長期入院者の解消に寄与しているとは言い難い。

そうした状況のなか、全国の国公立病院を中心に経営上の理由などから精神病床の削減が進み、2018（平成 30）年には、32 万 9692 床となり、漸減傾向が続いている（厚生労働省 2018）。しかし、世界的に見れば、異常に多い精神病床数を維持し続けている。そして、そのなかでは、毎年 1 万人を超える人たちが、死亡退院している。こうした状況の改善に向けて、病院（経営者や医師）主導での病床削減や廃止という取り組みが全国で見られる（渡邊 2011；高田 2015；長野 2018）。こうした取り組みのなかで、病院 PSW が地域に出て活動し、病床削減に関与している。しかし、PSW が中心の地域実践により病床削減が実現した事例はほとんど見られない。本章の最後に地域で活動する PSW の実践を通して、精神病床の削減に成功した北海道十勝圏域（以下、十勝圏域）の実践を紹介する。

十勝圏域では、病院 PSW を中心に、1970 年代半ばから精神病院に長期入院を強いられた人たちの人生を取り戻す「生活支援」に取り組み始めた。法制度や公的援助のない中、PSW たちは、眼前のクライアントとかかわり、彼らの思いを実現するために必要な資源を一つひとつ開拓していった。

住まいの確保では、1982（昭和 57）年に 1 日三食 365 日食事を提供する最初の共同住居を開設した。5 病院から 16 名の退院者が入居した共同住居では、管理人は置かず、当事者を責任者とする共同生活 방식으로運営した。必要な支援については、入院していた病院の職員が訪問し、24 時間 365 日対応し、継続的なケアを行った。どの病院に入院していても利用できる方式をとり（門屋 2002；2011；2015）、運営主体の私物化が起きないように工夫を行った（門屋 2008）。近年では、倒産したホテルを建設関連会社に購入してもらい、その建物に建設関連会社の事務所とグループホームが入ることで、退院先の確保、事業費の削減等とともに建設関連会社社員との自然な交流を実現している（國重 2018）。こうした共同住居の開設や民間アパートの開拓に留まらず、若い学生が敬遠する食事つきの下宿というインフォーマル資源を積極的に活用することで、退院先を確保すると共に、下宿のスタッフや他の入居者という市民を支援に巻き込んでいる。こうした様々な工夫により、現在までに 300 人以上の住居資源を開発してきた。

通所先の確保では、補助金もない中、無償で家屋を貸してくれる市民を探し、PSW などがボランティアで活動することで、1986（昭和 61）年に地域で初めての作業所を開設した。1991（平成 3）年には、地域ケアの拠点として農業を行う授産施設を立ち上げた。近年では、地元商店街との共同企業体を作り、経済産業省の補助金を活用してシャッター街の活性

化に取り組む活動も始め、PSW も当事者も、ひとりの地域住民として地域を支える活動を始めている（門屋 2015）。

また、PSW たちは、個別支援を通して明らかになった精神障害者を取り囲む状況を変えていくために、行政を支援に巻き込みながら地域の支援ネットワークを構築していった。この圏域では、人口や一般資源だけでなく、医療資源が圏域の中心となる自治体に集中しているため、それ以外の周辺自治体の住民が、中心となる自治体の病院に入院してしまうと、地元に戻りにくいという地域特性を有している。そのため PSW は、行政や医療機関に働きかけ、保健所での出張診察等を開始し、都道府県の単独事業としてサテライトクリニックの開設を実現した。これにより地元に戻って精神医療を受けられる体制を構築した（門屋 2002；2015）。

この圏域の PSW たちは、「資源がない」と嘆くのではなく、眼前の長期入院者とのかわりを通して、彼らに必要な資源を発見・開拓し、彼らの思いを中心にしたネットワークを築いてきた。

こうした取り組みや考えは、次の世代にも引き継がれている。特に社会資源の活用方法については、現在でも、下宿などのインフォーマルな資源を優先的に活用している。退院時に利用者の生活をフォーマルサービスで固めるようなことはせず、退院後に本人からニーズが表明された時点でサービス調整を行っている。

この圏域は、国公立病院、総合病院が多いという地域事情はあった。しかし、それらの病院が病床削減を始める前から、多様な生活資源が地域に存在していた。そのため、精神科病院が、精神病床を維持するメリットも必要性も低下し、国公立に加え、民間病院においても精神病床を削減し、病院に依存しない地域ケアシステムを作り上げてきたのである。（表 2.2）。

表 2.2 北海道十勝圏域の病床数の変遷

	1994年	2000年	2003年	2015年	2017年	2018年	2020年
精神病床数	970床	824床	674床	492床	480床	450床	371床

（國重 2018 に 2020 年分を追記）

第5節 退院支援の限界と全面的な生活支援の必要性

本章では、PSW による長期入院者の退院支援の変遷を整理し、PSW が退院支援にどのように関与し、どのような実践を行ってきたのか明らかにした。

PSW による退院支援は、1987（昭和 62）年の精神衛生法から精神保健法への改正、そして 2006（平成 18）年の障害者自立支援法の施行という法律の施行の影響を受け、大きく 3 つの時期に分類することができた。そして、時期ごとに退院支援のあり方に大きな違いがあることを示すことができた。

精神衛生法下の退院支援では、病院 PSW は、公的な居住資源が少なかったためにインフォーマルな社会資源であるアパートを使った「社会復帰活動」を展開していた。なかには、やどかりの里や十勝圏域の実践のように必要性に迫られ自ら社会資源を開発し、当事者とともに生活をするような実践を行う PSW も現れた。病院 PSW は、無資格であったが故に、院内の医療事務や運転業務などもこなす必要もあったが（谷中 2000 : 64）、診療報酬の影響を受けなかったため、業務を決められることなく、幅のある活動をしていた。病院から給与をもらいながらも外勤作業先の確保や退院者の自宅訪問などを行う者も多く、職場にそれを許容する雰囲気もあった。

一方で、精神病院のなかでの退院支援では、退院阻害要因を家族や本人に還元する傾向も強く、「援助者が課題のある長期入院者を指導して社会復帰に導く」という援助者主体の活動の域から抜け出すことができなかった。そのため、長期入院者の隔離収容が続く状況や自らがその一端を担っていることへ疑問を抱く PSW は少なかった。

1987（昭和 62）年の精神保健法への改正による社会復帰施設の法定化以降は、長期入院者の退院先として援護寮や福祉ホーム、1993（平成 5）年以降はグループホームが活用できるようになった。地域のフォーマルな社会資源の誕生は、長期入院者の退院先の選択肢を増やすとともに、地域で活動する PSW に安定した労働環境を保障することにもつながった。

一方で、病院 PSW が、退院後の利用者宅を訪問して食事作りを手伝ったり夜間に訪問したりするような実践は徐々に少なくなっていた。病院 PSW が行うのは、病院での「退院援助」であり、退院後の支援は、地域の PSW の業務という認識が広がっていった。また、アパートなどのインフォーマルな資源を活用した PSW の実践報告が少なくなる傾向がみられた。

1993（平成 5）年の大和川病院事件を契機とした大阪府の退院促進事業の始まりにより、

病院 PSW による退院援助の限界が露呈し、地域の支援者による退院促進の流れが生まれた。2006（平成 18）年の障害者自立支援法の施行に向けたケアマネジメントの導入がその傾向に拍車をかけ、精神科病院からの退院支援の主体は、「病院 PSW」から「長期入院者本人と相談支援専門員」に移っていった。

現在、病院 PSW は、診療報酬や精神保健福祉法に規定された業務に縛られ、「精神障害者の社会的復権」や「長期入院者の社会復帰の促進」という PSW 本来の役割を十分に果たすことができていない状況が続いている。

一方、相談支援事業者による地域移行支援も報酬の低さや事業の使いにくさなどにより、算定事業者も少なく、十分な成果をあげているとは言えない状況にある。人権侵害である社会的入院を解消するためには、相談支援事業者が地域移行支援に取り組みやすい体制を整備することは不可欠である。しかし、体制が整備されたとしても、そこで展開される「かかわり」の質が低ければ、長期入院者は援助者を信頼することができず、抑えてきた退院意欲を表明し、退院に向けて協働することはできないと思われる。

そのため、次章では、先行研究のレビューから PSW が「かかわり」に込めてきた意味や思いを整理し、長期入院者との協働を可能にする「かかわり」のあり方を検討していく。

第2章 精神医学ソーシャルワークにおける「かかわり」への着目

日本の PSW や精神保健福祉士は、クライアントとの関係や自らのソーシャルワーク実践を「かかわり」という用語で表現してきた。特に Y 問題以降は、PSW とクライアントとの関係や PSW の実践を示す重要な用語のひとつとして「かかわり」を用いてきた。

本章では、日本の精神医学ソーシャルワークにおける「かかわり」論の変遷を、日本精神保健福祉士協会（前日本精神医学ソーシャル・ワーカー協会）の協会誌のレビューを中心に時系列で振り返る。この作業を通じて、PSW が「かかわり」という用語にこめた意味を整理していく。

第1節 人権侵害に直面するなかで変化したワーカー・クライアント関係

1. ケースワークの基盤としてのワーカー・クライアント関係

初期の精神医学ソーシャルワークの理論的支柱のひとつであり、PSW が哲学的な基礎の上に、実践を積み重ねることの必要性を説いた早川進は、ワーカー・クライアント関係において、クライアントは自己決定の原理の主体的実現の当事者であり、ワーカーは問題解決過程に必須でありながらも、側面的にそのプロセスを容易ならしめる存在と両者の違いを指摘した。その上で、問題解決過程は、両者の共同遂行の営みであると指摘した（早川 1968）。

坪上宏は、「ケースワーク論を基底に支えているものがワーカー・クライアント関係であるということについては、現在大体異論のないところだと思う。」（坪上 1970：3）と述べ、ワーカー・クライアント関係の重要性を強調している。坪上のケースワーク論では、「クライアントを変える」のではなく、「クライアントが変わる」という見方をしていた。前者はクライアントを外界に適応させる援助観であり、後者はワーカーが変わることによる相互作用の現れとしてクライアントが変わり、回復につながるという援助観である。2つの援助観が存在していることを意識できていなかった当時のケースワーク論に対して、自己覚知によるワーカー自身の変化を重視しながらも「クライアントを変える、あるいはクライアントに欠けているものを補うといった援助観に収斂しがちであったように思われる。」（坪上 1970：3）と批判した。

そして、坪上は「変わる」ことによる関係のあり方の変化を次のように述べている。まずクライアントがワーカーを受け入れ、ワーカーの働きかけを受け入れる。これはクライアントにとってこれまでの自分との内的な闘いの始まりであり、ワーカーはこれを支持する。こ

の相互作用を通して、ワーカーは自らの人間観や方向性を再確認する。次にワーカーは、クライアントを象徴する存在として外界の人との関係に入り、ワーカーは外界の人に対して新しい捉え方をし、外界の人はワーカーを通してクライアントに対して認識を新たにして自らの都合を見直していく。ワーカーは、クライアントの内的な闘いを支えるが、クライアントにとってワーカーは外界を象徴する存在となる。こうしたプロセスを経て、クライアントの内部の新しい自己が強められると、ワーカーの支えは減少し、クライアントは自力で外界の人との相互作用を再開する（坪上 1970：6）。坪上は、クライアントを「変える」のではなく、ワーカーが「変わる」ことを契機に始まるクライアント・ワーカー関係を基盤にしてクライアントが「変わる」ことを示した（坪上 1970）。

朝日新聞紙上で『ルポ・精神病棟』が連載され、協会員の入院患者に対する人権侵害が明らかになった後に開催された協会の第6回全国大会では、「われわれは現代において何をなすべきか」とPSWの存在意義を問い直し、ワーカー・クライアント関係の再検討も行われた。パネルディスカッションのなかで、坪上は「ワーカー・クライアント関係の再検討」として次のように指摘した。

「ワーカーが『変わる』ということは、自分の都合で動いてしまっているワーカーが、ワーカー・クライアント関係のなかでクライアントのありうべき自己展開の可能性を受け入れることのできるワーカーになるということを意味している。」（坪上 1970b：2）

谷中輝雄は、PSWが面接室における面接業務のなかに埋没し、クライアントの個人的病理を治すために治療的働きかけをすることができているという幻想をもっていたと批判的に自分たちの実践を振り返った。そして、以下のようにワーカー・クライアント関係を軸にして社会に働きかけていくことを強調した。

「どうして私達はほんとうに患者の人権を守り患者が社会復帰していくためのさまざまな障害を、彼らと一緒に悩みながら共同していないのか、何が私達を自由に、患者のほんとに基本的人権を守るということで共同でき得ないのか、これを一番再検討すべきことが一つです。それから私達が、従来のワーカー・クライアント関係だけでない、もっとひろがりをもった運動を転換してゆく、それが技術論、政策論のような二つに分かれるのではなくて、やはり私達はワーカー・クライアント関係を軸に、患者の痛みを己が痛みとしたところから

出発していく。」(谷中 1970 : 11)

この時期は、精神障害者の精神病院への隔離収容政策が推し進められており、診断主義によるワーカー・クライアント関係では、クライアントの人権を守り、彼らを援助することができない状況になっていた。面接室のなかで問題を持つ個人に専門的關係を提供するだけでは済まされない状況であり、ワーカー・クライアント関係を軸に社会に働きかけをしていくことを志向する PSW も現れ始めた。

2. 人権侵害により始まった「かかわり」の模索

1969 (昭和 44) 年に起きた Y 問題に対して、当時の協会は、「PSW のかかわりがクライアントの人権を侵害する結果をもたらすという重大な事実を突きつけられた。Y さんの人権を擁護し、社会的名誉を回復するため日本 PSW 協会に求められたごく当たり前の支援の要求は、会員をしてすべからず諸手をあげては受け入れられず、その対応の是非と内容に関して会員にばらつきがみられたことは大変な驚きであった。率直に言って当時の日本 PSW 協会には、Y さんの希望に応えられるだけの力量がなかったゆえの混乱であったのかもしれない。」(門屋 2004 : 98) という状況であり、自らのかかわりを振り返るという雰囲気ではなかった。

こうした状況のなかで設立 10 周年を迎えた協会は、自らの専門性や実践のあり方に対する問い直しが求められ、「ワーカー・クライアント関係」に関しても再考を迫られた。当時の岩本正次理事長は、「十年を振り返って」という協会誌の巻頭言で、「いままで患者さんと呼ばれて来たひとびととその福祉をそのひとのくらしを、くらしの内側からかかわり、ながめかえすことを十分にしてきたか。あるいは、そこでの顕わになつた問題をまとめて世のなかに問うことを十分にしてきたか。この問いかけに、わが協会は十分に対応しなかつたと反省しています。」(岩本 1975 : 2) と述べ、「ワーカー・クライアント関係」ではなく、「かかわり」という用語を用いて谷中と同様の指摘をしている。

柏木は、Y 氏からの問題提起を受けて、自らの実践を以下のように見つめ直した。「医療社会事業を不適応状態にある患者・障害者対策であるとした上で、その医療社会事業のなかで、患者を社会的観点から捉えるためとして彼らの家族史や人間関係の側面を精査していた。しかし、そのアセスメントは、彼らを自分とは異なる異常者として捉えた上でのものであったにもかかわらず、「私はワーカー・クライアント関係の対等性を強調したのであった。」

（柏木 1975：7）と述べ、自らの対象理解について自己批判を行った。更に、自らの対象理解を「私の側では関係の対等性を強調したけれども、事実は未だ話もしない、会いもしないうちから患者だと断定しないまでも、取り扱われるべき対象者だときめてかかった。だから対象者として規定された相手方からすれば、その経験は決して対等などではありえなかったのである。したがって私の中のワーカー・クライアント関係の理念は空転したといわざるをえない。」（柏木 1975：7）と批判し、これまで強調していた「ワーカー・クライアント関係の対等性」を「錯覚」といい、その錯覚のなかでの援助において相手を抑制していたと自己批判を続けた（柏木 1975：6・7）。

このように Y 問題を通して、診断主義に基づくワーカー・クライアント関係の非対称性が明らかになり、PSW はその関係のあり方に直面することになった。そして、これまでのワーカー・クライアント関係とは異なる関係のあり方を模索し始めた。

第2節 2つの「かかわり」にみる「かかわり」の論点

1978（昭和 53）年の第 14 回大会では、「PSW の当面する課題（その 2）－入院を軸としてクライアントとのかかわりを考える」が大会テーマとなった。協会は、これまでの「ワーカー・クライアント関係」ではなく、「かかわり」という用語を大会テーマに用いた。第 15 回大会では、坪上が「生活する者同士の関わり」「自己表現していくもの同士の関わり」を実現するために「いつの間にか自分の立っている地面と相手の立っている地面が違ってきてしまうことがありがちなので、助けると同時に、助けられて自己を表現し始めた相手と僕は同じ地面に立っているのだ、というそのことの反省がいつも必要だろうと思います。」と述べ、精神障害者の抱える問題を、彼岸の話にしないことを強調した（坪上 1979：26）。

この後、「かかわり」に関する議論は大きく 2 つの流れに分かれる。ひとつは、柏木昭による Y 問題の反省に基づく「かかわり」論であり、もうひとつが谷中輝雄のやどかりの里での実践のなかで積み上げられた「かかわり」論である。以下、2 人の語る「かかわり」論の変遷について確認していく。

1. 柏木昭の「かかわり」論

柏木昭は、Y 問題により「“かかわり”ということに急速に目覚めることとなった。」（柏木・佐々木 2010：5）と述懐しているように、Y 問題に対する自己批判から「かかわり」

に関する検討を始めた。

1960年代は、世界的にソーシャルワーカーが専門職化を志向した時代であった。日本精神医学ソーシャルワーカー協会（以下、協会）の初代理事長であった柏木は、「ワーカー・対象者関係」ができていれば、サービスや法律などの情報提供といった具体的援助はほとんど必要ない、「ケースワークは問題を解決しない。それは問題を持つ個人に専門的関係を提供するだけである。」（柏木 1966：10-1）と専門的関係の重要性を強調した。そして、この専門的関係がクライアントの適応する力に影響を与え、問題が解決されると指摘した（柏木 1966：10-1）。また、専門的関係を形成するための必須条件として、ワーカーはありのままのクライアントを受容し、クライアントは全幅の信頼をワーカーにおこうとするとともにワーカーと対等な立場であるという自覚をもつことを挙げ、両者の関係は「民主的な人間観にもとづく、対等な関係」（柏木 1966：10）であると強調した。

当時の柏木は、診断主義の立場をとっており、精神分析の知識と理論を用いることにより、PSWはクライアントの感情や行動を受け入れることができ、彼らとの間にコミュニケーションを取れるようになると指摘した（柏木 1966：19）。この関係では、援助者は、一方的にクライアントを理解する立場であり、理解される者であるクライアントとの間には、傾斜のある力関係が生じている。そして、理解される立場であるクライアントは変わるべき存在として変化することを暗に求められていた。

後年、柏木は、当時のワーカー・クライアント関係を振り返り、「患者が立たされている状況にあっては、関係が民主主義的であるなどというのは幻想でしかないことを私は見落としていた。」（柏木 1977：237）¹¹、「対等性が強調されながらも片方は専門家、もう一方は援助の必要な弱者という傾斜のある関係が見られた。」（柏木 2007：2）と批判的に振り返っていた。以下、柏木の「かわり」論の変遷を歴史的に整理する。

¹¹ 谷中は当時の様子を「PSW協会がY問題などで内部的に揺れた時期があるのですが、揺れの原因の1つとして、診断主義的と機能主義的な考え方の対立があったと思います。当時柏木さんは、診断主義的な立場を取っていて、岩本さんは診断主義的な対応に関しても批判的な立場であった」と振り返り、坪上は「（柏木）先生は自己批判を迫られて、自己批判をした。自己批判ついでに、今までの柏木先生の診断主義を全部捨ててしまっ、それで批判の方に走ったというか、流れたというか、そういう印象を持って僕は見ていた。このまま批判に飛び込んで流れてしまうのはこれは協会としてまずいと僕は考えて、先ほど出たように早川、岩本対柏木という時に、僕もやはり交替したほうがいいなという気持ちを持ったのです。」と述懐している（坪上・谷中・大野 1998：83-4）。

1) 経験をともにすること

1977（昭和 52）年に出版された『社会福祉と心理学』のなかで、自らの「ワーカー・クライアント関係」の見直し作業を行った。PSW がクライアントを「この社会に適応しないもの、貢献度の低いもの、またさらに社会にとって好ましくない存在」として捉えることにより精神病院などへの収容が図られた。そして、PSW が「自らを例外として除外し、安全圏に立った心算で、そうした人たちを対象化する限り、疎外の歯止めになることはけっしてできないであろう。」（柏木 1977：2・3）と述べ、PSW の対岸の火事を眺めるような姿勢はクライアントを「疎外の対象者」と浮き上がらせるだけであり、彼らの「疎外の歯止め」として機能することはできないと指摘した。

そのため、PSW とクライアントが経験をともにすることが重要である（柏木 1977：10）と強調した。柏木は、Y 問題の反省から、クライアントと経験をともにすることで、彼らを障害者や病者として対象化することを乗り越えようとした。

2) 自己決定を支える「かかわり」

1980 年代に入ると、国家資格化に向けて精神医学ソーシャルワークの基盤として「かかわり」を位置づけ、「働きかけ」「自己決定」などとの関係から強調するようになった。

柏木は、「かかわり」とともに「働きかけ」という概念を挙げ、「専門職業として成立するソーシャル・ワーカーの仕事というのは、待っててかかわるというのではなくて、働きかける職業」（柏木 1982：19）と規定した。「働きかけ」とは、共同作業、クライアントの経験の理解、情報の共有化などを意味し、その「働きかけ」を行うために「関係」が必要であると論じた（柏木 1982：25）。

1989（平成元）年には、医療ソーシャル・ワーカー業務指針検討会の報告書に対して、医療ソーシャルワーカーの専門性について、ほとんど触れられていないと批判した。そして、専門性としてのソーシャルワーカーの基本的見方が欠けていれば、ソーシャルワーカーではなくなる。基本的見方のなかでも最も重視しなければならないものが「クライアントへのかかわり方」であり、「少なくとも自分都合や、機関、施設の管理上の整合性を優先させてしまい、クライアントの当然の自己決定の機会を奪ってしまうことのないように自己を点検し、自らを知ることができるように訓練、研修を積んでいかなければならないと思います。」（柏木 1989：2・3）とクライアントの自己決定を尊重するために、自らの「かかわり」を点検する必要性を指摘した。

1991（平成3）年には、「Wr（註：ソーシャルワーカー）が相手といい関係を持ち続ける、そういう中で相手の示すサインがあると思う。サインを我々がきちんと読みとれるかどうかということがそこで問われていると思う。言葉に出してあーしたい、こうしたいということ、表面的に言うことが本当に自己決定かどうかというのではなくて、自己決定が能力によって制約されるというのではなくて、やはり関係の質の関数であろうと、自己決定は関係の質の関数だと私は考えております。」（柏木 1991：67）と述べ、信頼関係が形成されていれば、非言語的コミュニケーションで示されるクライアントの思いを理解でき、クライアントの自己決定を尊重できると強調した。

1993（平成5）年には、「自分も相手も独立した人間同士として、互いに人格を尊重し、特にワーカーは相手方の自己決定を中心に据えて、有効な関係を創造することが、PSWの基本理念であるという方向に考え方が固まりつつある。『治療志向』から『関係共有志向』に専門性を見出すようになってきているのである。」（柏木 1993：54）と述べ、経験をともにし、お互いの人格を尊重した関係を形成することを、PSWの基本理念であると主張した。

3）かかわりの専門性

柏木は、1995（平成7）年に自らの「かかわり」論を整理し、精研でのデイケア実践なども踏まえ、「かかわりの専門性（思案）」を明らかにし、5つの関係性の転換を提案した。

第一に「治療的关系性」から「日常的关系性」への転換で、PSWが本音や人間性を出さないかかわりに留まることなく、「ごく対等のあたり前の友人関係」を築くことを主張した。

第二に「担当する関係性」から「選ばれ、雇われる関係性」への転換である。援助者都合で担当者が割り当てられる関係から利用者が担当を選ぶ関係への転換である。

この関係は、第三の「ワーカー主導の関係性」からワーカーも「一票の投票権」しか持たない関係性への転換を図ることにもつながる。このワーカーもクライアントも一票の投票権しか持たないという関係性は、精研デイケアでの実践に基づくものであった。

この関係の構造は「権威と従属の関係」からの脱却も意味しており、「対等な関係」への転換という第四の関係性の転換につながる。

第五は「客観性による決定」から「自己言及性」への転換で、客観性の名の下に利用者の断りなしに治療行為を押しつけてきた関係を止める。利用者の考え方をよく聴き、こちらの考えを伝え、利用者の了解を得るというお互いの自己言及性を尊重しあう。

柏木は、この5つ関係を「ごくあたり前の関係」と呼び、その関係のなかで、相手の人格

を尊重し、相手の話にじっくりと耳を傾ける。こうした技術と度量、心の広さが PSW に求められていると論じた（柏木 1995 : 88）。加えて「自己決定の質（S）」は、「利用者の資質（A）」、「ワーカーと利用者の関係の質（R）」、「かけた時間の長さ（T）」の関数であるとして、 $S = f(ART)$ という公式を表した（柏木 1995 : 89）。

4) 時熟の必要性

1990 年代後半から、柏木は**時熟**¹²という用語を用いて「かかわりの熟すときを待つこと」（柏木 2010 : 84）を強調するようになった。柏木は、1970 年代からカイオスの時間の重要性を指摘していた（柏木 1977 : 10）が、1990 年代に入り、自己決定の質を高めるために時熟の重要性を指摘するようになった。

臨床的な関係では、援助者の手の内を明かすことなしにクライアントの協力を得ることは難しく、お互いに「わかりあう」関係性が必要である。自己決定では、お互いに「ゆだねあい」の関係性が必要である。これらの関係性を形成するためには、ソーシャルワーカーが一方的に援助するのではなく、関係を共有する体験として援助過程を進める必要性を示してきた（柏木 1997 : 4）。

また、成年後見制度による自己決定の制限に関する合理的な説明に対して、「専門職としてのソーシャルワーカーのクライアントとのかかわりが、合理的説明とともに、なくずしに無力化されてしまう一種の怖さを感じる」と危機感を表明した（柏木 1997 : 8）。そして、「どんな相手であっても、クライアントを人間として尊重し、共に生きようとする『かかわり』が共有できるときに、その『かかわり』は良質なものになりうる。」ので、十分な時間をかけて「かかわり」、「時熟」を待つことを強調した（柏木 1997 : 10）。

精神保健福祉士法成立直後にも、「かかわり」を豊かにするためには、クライアントにとって必要な時間を十分にとること、つまり「時熟」を待つことが必要であり、ゆっくりと機が満ちて、クライアントから本音が現れてくるのを待つことこそがソーシャルワークの専門性であると論じた（柏木 1999 : 5-7）。

2002（平成 14）年に発表した「ソーシャルワーカーに求められる『かかわり』の意義」

¹² 「時熟」とは、ハイデッカーの使った言葉を村上陽一郎が引用したものである。それを柏木が「ソーシャルワーカーがクライアントとの間で、かかわりを構築しようとするときの試み、すなわち技術と、いい意味での忍耐を的確に言い表しているといえないでしょうか。」（柏木 2010 : 84）と考え、1990 年代後半から「かかわり」を説明する際に用いるようになった。

の冒頭では、「(精神医学ソーシャルワークの) 構造の基礎にはソーシャルワークの原理がある。原理の上に構築された業務があり、それを進めるプロセス、すなわち援助過程が設定されている。この援助過程はクライアントとソーシャルワーカーの間の実践的關係において成立する。本論ではこの関係を『かかわり』と表現する。」(柏木 2002 : 37) と「かかわり」を定義した。そして、自己決定の制限における「かかわり」の必要性に触れ、「知・情・意すべての局面の感覚を動員して」相手を理解しようとする、そのために十分な時間をかけることを強調した(柏木 2002 : 38)。「かかわり」は、ソーシャルワークにおける中心的構成要素であり、「かかわり」がなくして「はたらき」(PSW の業務を遂行する上での諸技法の総体)は機能せず、2つの概念は車の両輪であると論じた(柏木 2002 : 43)。また、「かかわり」の基本的性格として、自分と異なる背景をもつクライアントの存在を尊重し、何かを探るのではなく、直に触れ、感じていく姿勢が必要であると主張した。そのためにも、「ここで、今」の「出会い」を大切にすることが必要であり、他職種の判断を基に安易にクライアントを理解した気になってはならないと強調した(柏木 2002 : 43 - 4)。

柏木は、この論文において「かかわり」を援助過程におけるクライアントとワーカーの実践的關係と定義し、「かかわり」の基本原則に自己決定を位置づけた。クライアントの自己決定を尊重するためには、経験をともにして築く「かかわり」が必要であり、その「かかわり」のなかで、時熟が起きると相手の思いを汲めるようになることを強調した。そして、Y 問題の反省を踏まえ、ランクの「ここで、今」という表現を用い、クライアントと直接かかわるなかで、相手を理解することの重要性を指摘した。

5) ワーカー・クライアント関係を超える関係

2000 年代に入ると、柏木は、地域の事業所での理事長としての経験を踏まえた「かかわり」論を展開するようになった。

2007 (平成 19) 年には、「かかわり」を、専門的・職業的關係であると認めながらも、それだけでは説明しがたい関係であり、ワーカー・クライアント関係とは異なる関係であることを次のように示した。

「かかわりは『関係論』のなかには凝縮できない幅と深みのあるコミュニケーションであり、人格の交流である。いわばソーシャルワーカーとクライアントが共に体験する人生のある時点の歩みそのものである。『ワーカー - クライアント関係』が示唆するよりもっと人の営

みの深みにおいて織り成す人間模様の一部終始に触れることによって、ようやくそれを論じえるかもしれない厄介な代物である。つまりその関係は、客観的尺度では評価できない二人の主観的なかわりあいである。職業的関係でありながら人間として共感しあい、特に反発しあいながら、結局そこに『理解』という絆の鍵を二人して発見していこうとする行為である。」（柏木 2007：2）

2010（平成 22）年には、Y 問題以前のワーカー・クライアント関係を、好意的で善意に満ちたソーシャルワーカー主導制であり、父性主義（パターナリズム）のアプローチであった（柏木・佐々木 2010：46）として、平等といいながら自分たちが職員であるという自覚ができていなかったと反省した（柏木・佐々木 2010：47）。援助・支援関係では、クライアントが受動的になってしまうこと、理念と現実の間にはギャップがあることを認めた上で、「対等性によって規定された専門的な『かわり』」（柏木 2010：105）であることを強調した。

そして、ソーシャルワークの中心技法として「協働というかたちの『かわり』」を挙げ、地域のトポス（人が生き、集まる場）において行う必要性を指摘した（柏木 2010：89）。また精神分析理論では、明確な終結があるが、地域のトポスで活動する精神保健福祉士は「スパッと切るということができない専門職なのだから、ここで連携という技法を使いながら、地域住民と一緒に精神障害者の社会生活を支えていく。」（柏木 2010：69）と指摘し、つながり続ける意味を指摘した（柏木 2010：69）。このように柏木は、「ワーカー・クライアント関係」と「かわり」を意図的にわけて使用していたが、それ以降は、両者を明確に区別することはなくなっていった（柏木 2011；柏木 2014；柏木 2017；柏木・大野・西澤他 2020）。

佐々木は、柏木の功績として、ワーカー・クライアント関係を「かわり」論という形で実践のなかに取り込みながら組み立て直し、精神保健福祉士の専門性の根拠を築いた点を挙げている（柏木・佐々木 2010：51）。柏木自身が「どんどん変わっていく」（柏木・佐々木 2010：47）と自分を評しているように、柏木「かわり」論には、その時々により若干の幅がある。しかし、柏木の強調している「ともに経験すること」や、それにより生みだされる「相互主体的関係」や「対等な関係」は、精神保健福祉士の専門性を再構築する際の理念的支柱となった。また、柏木「かわり」論は、精神保健福祉士養成教育を担う荒田寛や富島らに強い影響を与えた（荒田 2002a；荒田 2002b；荒田 2003；岩尾 2009；富島 2011；

富島 2019)。

2. 谷中輝雄の「かかわり」論

柏木の「かかわり」論が Y 問題の反省のなかで生み出されたものであるのに対し、谷中の「かかわり」論は、主にやどかりの里での精神障害者との出会いの積み重ねから生まれたものであった。第1章で詳述したように、開設当時のやどかりの里では、谷中が病院勤務後にメンバーと一緒に食事づくりをしたり、荒田が一日中生活をともにしたりする状況であり、生活をともにするなかで「かかわり」が深められていった。

谷中は、「我々の仕事はすべてかかわりから始まり、かかわりで終る。かかわりこそが命であると常日頃から考えているのである。」(谷中 1993 : 120) と述べるほど、「かかわり」の重要性を強調していた。

1) 谷しおりとの「かかわり」

谷中は、クライアントとの関係性が重要であるもうひとつの要素が「出会い」であり、その出会いにより、ワーカーとしての方向性が決定するほど重要であると指摘した。そして、谷中は、谷しおり(ペンネーム)との出会いが、自分に与えた影響を以下のように語った(谷中 1993 : 120)。

1969(昭和44)年、大宮厚生病院に入職して間もない谷中は、病棟で谷さんという20代の女性に呼び止められた。彼女から「退院させて欲しい。」と言われた谷中は、彼女の母にその希望を伝えた。母は、彼女がこれまで恋愛を契機に自殺未遂を繰り返してきたため、彼女の命を守るために恋愛する気持ちがなくなる時期(40歳)まで入院させておく強く心に決めていた。その母の決意を聞いた谷中は、彼女にその事実を正直に伝え、母に安心してもらい、気持ちを翻すための方法を彼女とともに考え始めた。ふたりは、母を安心させるための方法として外勤作業を行うことを考えた。しかし、当時の大宮厚生病院では、外勤作業を行っていなかった。そのため谷中は、彼女のために外勤作業の協力事業者を探し、彼女は、外勤作業に行けるようになった。彼女は、外勤作業を通して自分の課題を理解するようになり、その課題に向き合うために谷中との面接を繰り返した。その面接の中で、谷中は彼女の深い苦悩を知ることとなった。

「女として生まれてきたからには結婚し、子供を作り、ささやかな幸せを手にしたいという

願いすら叶えられないのか、というあなたの訴えはきつい質問であった。即答はできなかったけれど、これは二人三脚していかなければならないな、というのがその時の実感であった。」（谷中 1993：8）

この協働作業が母の気持ちを和らげ、彼女は実家への外泊ができるようになった。しかし、外泊先の実家を谷中が訪問すると、母は彼女が自殺できないようにガス栓を堅く閉じ、包丁などを隠していた。その様子を知ったふたりは、母を安心させるための方法を考え、退院後にデイケアに通うことを考えたが、当時の診療報酬では、精神科デイケアは認められておらず、病院が経費を持ち出しで実施しなければならない状況であった。しかし、谷中が病院に働きかけ、病院側もデイケアの設置を認め、彼女は退院することができた。

しかし、彼女の退院後、病院の都合でデイケアが廃止になることが決まった。谷中たちは、谷さんや他のメンバーからの「地域に集える場があれば再発を防止できる。」という言葉に後押しされる形で、1972（昭和 47）年に中間宿舎として開設されていた「やどかりの里」に病院デイケアの機能を吸収し、地域での実践を本格化させた。谷中は、彼女との「かかわり」を次のように振り返っている。

「振り返って考えるに、今日私がやどかりの里を担っているのは彼女の要請に負うところが多いのである。入院中に退院の実績作りのために院外作業療法を開始したこと。退院後のアフターケアとして病院内デイケアを開始したこと。廃止に伴ってやどかりの里へ合併し、グループ活動を開始するに至ったこと。地域の中に『いこいの家』があれば再発を防止できると発信し、後のやどかりの里のイメージを私に焼きつけ、さらには再入院した中でも、やどかり存続への希望をふくらませ、私に発破をかけたこと。私をゆさぶり、動かしたのは彼女の存在が大きかったと告白せざるをえない。」（谷中 1993：84）

当時の精神衛生法では、地域で精神障害者を支援する民間施設に対する規定がなく、経営基盤が脆弱な中での船出であった。既述のように、1974（昭和 49）年末に存続の危機が訪れた際には、谷さんが、利用者も法人の会員となり、利用するだけでなく、経済的にやどかりの里を支えていこうと提案し（谷 1993：64）、やどかりの里の会員の会員による活動が始まった。谷中は、彼女との「かかわり」を次のように表現している。

「この谷さんとの出会いのような、対象者としての患者たちではなく、必死に生きようとしている『生きている仲間』との出会いが重なり、彼らの痛みや苦しみへの共感と、彼らを劣悪な状況に隔離し続けている精神医療への怒りが強いエネルギーとなって、谷中を、そして周りの医療従事者を、『やどかりの里』の創造へと駆りたてていったのである。」(谷中 1988: 58)

谷中は、谷さんたちとともに生きるなかで、彼らを取り囲む劣悪な状況を知り、彼らの苦悩を分かちもつことを選んだ。「援助する者」であったはずの谷中が、やどかりの里の運営資金のやり繰りに苦勞し、自らも体調を崩すなかで、谷さんたちから助けられ、「援助される」者となっていった。

谷中は、「援助する者－される者」からなる一方的で固定的な「ワーカー・クライアント関係」から、ともに支え合い、ぶつかりあいながらともに成長していく「かかわり」を選び取った。そして、「かかわり」のなかで、支えたり、支えられたりといった関係が増えたが、支えられるには、相手に身を託すことが必要であり、そのためには、相手を信じなければならぬと指摘した。そして、「いつでも困った時には一身に我が身に責任をひきうけるといった覚悟」(谷中 1993: 236) も必要であると強調した。このように谷中は、「かかわり」では、相手を信頼するとともに、相手に困りごとが生じた際には、責任を背負う覚悟が必要であることを PSW に求めた。

このように谷中は、やどかりの里のメンバーとの支えあい、ぶつかりあう関係を積み重ねるなかで、自らの「かかわり」論を発展させていった。以下、時系列に谷中「かかわり」論の変遷をみていく。

2) 谷中「かかわり」論の展開

やどかり里の資金繰りが厳しい 1974 (昭和 49) 年には、「人と状況は相互に影響している。人は状況を変えたり、状況によって変えられたりする。状況抜きにして人は考えられない。私たちをとりまく状況をもっとよいものにと考える時、お互いに力をあわせたり、注意しあったりする。そこにかかわりが生じるのである。」(谷中 1974: 19-21) と語り、精神障害者だけでなく「私たち」を取り巻く状況をともに変えていこうとするときに「かかわり」が生じると指摘した。

また、「かかわり」を「人と人との出会いとそこに繰り広げられる関係」(谷中 1979: 810)

と定義し、その関係を「全人格的な関係」として「障害を持っても、自分たちと同じ1人の人間として、主張しうる人であり、そこに責任と義務を遂行しうる人であるという姿勢で臨み、かつそのように努力する両者の姿勢が必要である。」(谷中 1979 : 810) と強調した。加えて「かかわりいかんによっては、互いに影響しあう存在、共に気づいたり気づかされたりする存在になりうることはある。」「相互に影響しあう存在として相手を見る態度があれば、今まで見失っていた数多くのものを見つけることができるであろう。」(谷中 1979 : 810) と述べ、相互に影響し合うなかで関係性が進化していく可能性を示唆した。

谷中は、「かかわり」と「ワーカー・クライアント関係」を意識して使い分けており、「関係」を「ワーカー・クライアントの間においてあるある共通の関心事をとおしての結びつきを意味し、相互作用そのものである。」と規定し(谷中 1983 : 25)、その関係が深まった状態から「かかわり」を使用していた。加えて「かかわり」が、終結を前提としている「ワーカー・クライアント関係」とは異なる「全人格的・全生活的かかわり」であることを次のように強調した。

「『問題に対処』するための『専門的能力』をあらわすことだけではなく、常に日常生活的なかかわりや、共同体の一員としてのかかわりが要求されてくることから生じてくる。問題解決で終了するものでもない。とすると、従来のワーカー・クライアント関係では説明しきれない部分がある。全人格的なかかわりと、全生活的なかかわりとが同時に両者の間の深い結びつきともなってくるものである。」(谷中 1983 : 31)

1987(昭和62)年には、「かかわり」の過程を、以下のように詳細に述べている。まず、相手の欲求や要求を受け止めて対応する。次に、その対応に対して相手がどのように反応し、判断するかを確認し、一緒に共通の課題性を導き出す。この過程で強い信頼関係が生まれる。相手との関係を軸に多くの人々との出会いや出来事が生まれ、それらの経験が成長のバネになり、自己の内的世界がふくらんでいく。この内的世界のふくらみにより、周りの人の意見や経験などを自己の世界に取りこめるようになり、その変化は相手との関係にも影響を与え、両者の関係が変化していく。このかかわりの過程を通して両者の関係性は、以下のよう柔軟に変化しつつ、深化していく。

「相手とかかわる側の間柄が相談者と来談者、援助者と被援助者から活動を共にする人、よ

りよきパートナーとしての間柄へと移行する。時には活動を共ににない、仲間としての間柄や相手から援助されたり、援助したりすることもある。援助者と被援助者といった一定の関係を意味するだけでなく、いろいろな状況のもとで、相手方との関係性や役割には変化が生じてくるのである。」(谷中 1987 : 72-73)

さらに谷中は、「これらの変化を相手方との間で意識しつつ、活動の中での自らの役割、位置づけ、相手方との距離といったことを常に測定しておくことが重要なことになってくる。」(谷中 1987 : 72-3) と述べ、「かかわり」の変化を常に意識しておくことの重要性を指摘した。

また谷中は、面接業務では片付かない障害物を一緒に乗り越えることを通して「この人は信頼できる」と相手から思ってもらえる。外側のこと(障害物)を片付けることによって内側のこと(関係)が結ばれていくと指摘し、経験をともにすることで、関係性が深まるということを強調した(谷中 1993 : 136)。

「地域での精神障害者とのかかわりは、ケースワークの教科書通りの関係以上のかかわりが求められる。そこでのかかわりの課題を、谷中は深く受け止めていた。」(藤井 2004 : 166) という藤井の指摘にあるように、谷中は、地域において「援助者」としてだけでなく、「生活者」としてもかかわることが求められたため、常に関係性の変化を意識していたと推察される。

3) 「かかわり」論から「生活支援論」へ

谷中の「かかわり」論は、その後発展して「生活支援論」につながっていく(藤井 2004 : 168)。生活支援とは、単なる生活への援助ではなく、「その人の自己決定を尊重したその人なりの生活の実現という理念を、多様なサービスを用意して説明と選択による当事者参加の支援活動を繰り返し、自己決定と相互支援を育てつつ実現していく援助方法」(藤井 2004 : 66) である。その生活支援では、①当事者中心、②目標志向、③ありのままに、という3つ理念(稲沢 1999 : 292-6) を大切にしており、援助者とクライアントは、「共に歩む・支え手として」(谷中 1996 : 178) の関係性を構築していた。

谷中は、生活支援におけるかかわる側の役割を「当事者の夢の実現化のためのパートナー」と位置づけ、「夢の実現化のためには長いつきあいを覚悟しなければならない。いわゆる生活を継続して支援することである。」(谷中 2000 : 56) と長期にわたって関係を継続する必

要性を指摘した。個別給付で、利用期限に限定があるサービスがほとんどである現在と比べ、当時は柔軟に継続支援を行うことが可能であり、長く利用者とつきあい続けることが前提であった。

また、谷中は、かかわる側に発想の転換を求めている。かかわる側は、危険を避けるようにパターンリステックな支援ではなく、挑戦する利用者に寄り添い、失敗したときに一緒に振り返り、その人なりの生活を認めていく覚悟が必要である。そして、「世の中一般の規範にあてはめようとするのでなく、かかわる側の考え方を切り替えてその人なりの生活を認めていこうとするのである。時に規制的に、時にマイペースにというように時間配分などで枠にはめようとするのでなく、周りに迷惑をかけない限り、その人を受け入れていくという柔軟な態度が必要とされる。」（谷中 2002：37）と述べ、障害者自立支援法以降の利用期限を限定した個別給付のサービスの弊害を予言するかのような指摘をしている。

谷中の「かかわり」論は、精神障害者も PSW も地域で生きていくことが難しい環境を「ともに生きる」なかで生まれた、支え合う「かかわり」であった。ひとりの人の人生に寄り添い続ける谷中の「かかわり」論は、PSW にかかわり続ける覚悟を求めるものであり、JHC 板橋や北海道十勝圏域の実践など後に続く実践の礎となった。

第3節 「かかわり」の現在

1. 日本精神保健福祉士協会における「かかわり」の位置づけ

「かかわり」は、柏木、谷中を中心に議論が続けられ、2000 年代に入ると、協会の出版物などにおいて「かかわり」という用語が使用されるようになった。以下、協会における「かかわり」の位置づけについて確認していく。

1) 「かかわり」という用語の浸透

1999（平成 11）年に国家資格化に伴い、協会誌のタイトルが『精神医学ソーシャル・ワーク』から『精神保健福祉』に変更されると、柏木による「誌上スーパービジョン」の連載が始まり、「かかわり」の振り返りを中核に据えたスーパービジョンが始まった。

2002（平成 14）年に「痴呆性疾患¹³を有する高齢者の処遇についての研究委員会」が出

¹³ 「痴呆」という呼称が侮蔑的な表現であり、病気を正確に表していない部分もあるとして、2004（平成 16）年に行政用語が、2005（平成 17）年に関連する法律で用いられてい

した報告書のタイトルは『PSW のかかわり実践集』であり、そのなかで「かかわり」を PSW の実践の中心であると指摘し、「生活のしづらさを抱えている障害者が PSW とのかかわりを通して、ニーズを充足していく過程にいかに関与し、自ら決定できるかというかかわりの質が重要であり、そこに PSW の実践感覚が問われるのである。私たち PSW は今一度原点に立ち戻り、痴呆性疾患を有する高齢者とのかかわりにおいても生活モデルに基づいた実践を目指すべきであろう。」（日本精神保健福祉士協会企画部痴呆性疾患を有する高齢者の処遇についての研究委員会 2002：24）と指摘した。この提言は、認知症の人と経験をともにすることから彼らの思いを理解しようと努める「かかわり」であり、柏木の「かかわり」論がベースであった。

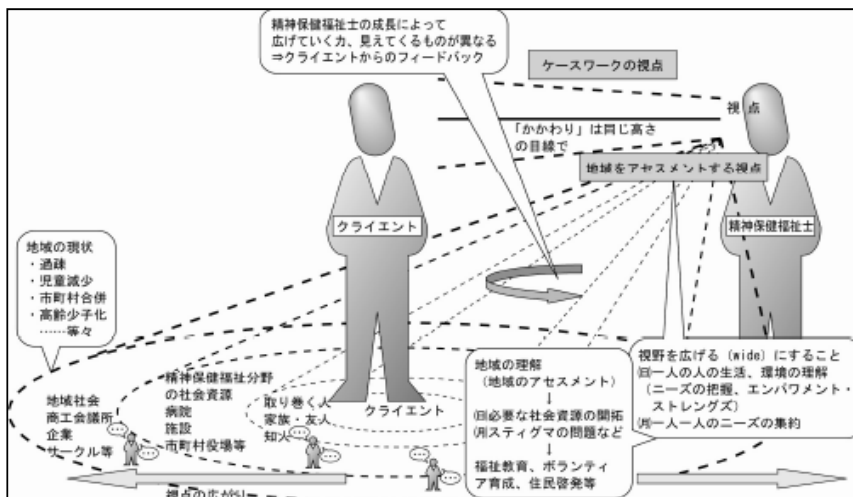
2003（平成 15）年の教育研究部研修委員会では、研修における主要なテーマのひとつとして「PSW としてのかかわりの視点」が挙げられ、「病状への関心よりも、かけがえのない存在としての個人の人生の支援に焦点化すること」、「人間として普通に生きることがさまざまな場面で妨げられている人びとのつらさを受けとめ、その人が望む方向で環境条件を整えていく過程を共に歩むこと」などが示された（松永 2003：110）。

2004（平成 16）年に採択された「社団法人日本精神保健福祉士協会倫理綱領」では、倫理基準のクライアントに対する責務の一つとして「クライアントへの関わり」という項目が立てられ、「精神保健福祉士は、クライアントをかけがえのない一人の人として尊重し、専門的援助関係を結び、クライアント共に問題の解決を図る。」と規定された。

2007（平成 19）年に生涯研修制度検討委員会が出した『社団法人日本精神保健福祉士協会構成員ハンドブック』（以下、ハンドブック）では、「精神保健福祉士の視点」として「クライアントとのかかわりを通して広がる視点」が掲げられた（図 3.1 参照）。「精神保健福祉士は、クライアントと同じ目線に立ちながら、クライアントの周りに広がる資源や地域を見据えていく視点が必要」と明示した。また、「時系列を加味した PSW の視点」として「PSW は各クライアントとのかかわりの中から、今後必要とされる社会資源やサービスを考え、地域社会の将来像に反映させていく視点をもつ必要があります。」と示し（図 3.2 参照）、今日のコミュニティ・ソーシャルワークにつながる視点を示した（日本精神保健福祉士協会企画部生涯研修制度検討委員会 2007：34-5）。この「かかわりを通して広がる視点」は、谷中や門屋らの実践を示したものといえる。

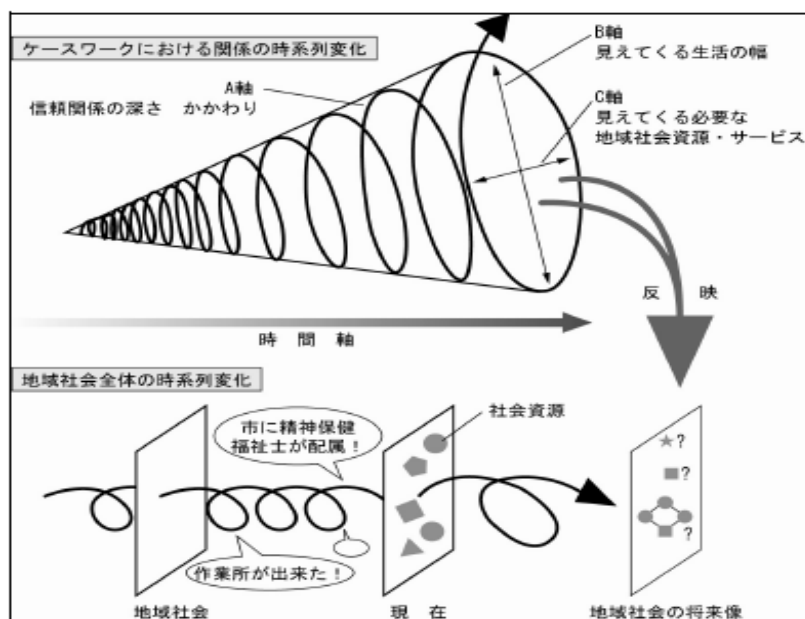
る用語が「認知症」に改められた。本論文では、引用文献では、当時の呼称を用い、それ以外では「認知症」を使用した。

図 3.1 クライアントとのかかわりを通して広がる視点



『社団法人日本精神保健福祉士協会構成員ハンドブック』 p.35

図 3.2 「時系列を加味した PSW の視点」



『社団法人日本精神保健福祉士協会構成員ハンドブック』 p.35

2008（平成 20）年度より始まった生涯研修制度のテキストである『生涯研修制度共通テキスト』（以下、共通テキスト）では、精神保健福祉士の存在価値を最も表しているものとして「精神障害者の真意をくみ取るかかわり」が掲げられ、「かかわり」の質を高めるため

に、価値を備えた上で、技術と知識を磨く必要があると指摘した（日本精神保健福祉士協会 2008：14）。また、そのテキストのなかには、「精神保健福祉士の『かかわり論』」という項目があり、精神保健福祉士の道具のひとつが「かかわり論」であり、「精神保健福祉士は、精神疾患と障害を併せもち、生活しづらい面を有する人々がどのように暮らしたいかを、相手の立場に立って理解し、その実現に向けて共に歩むプロセスを共有する。」（日本精神保健福祉士協会 2008：22）と規定した。そして、「かかわり」を実践するための態度として、「精神保健福祉士が精神障害者と向き合い、共にいること、そして、進みたい方向と一緒に探したり考えたりすること、さらに、望む暮らしの実現に向けて、共に歩むことが求められる。」と指摘した（日本精神保健福祉士協会 2008：22）。

2016（平成 28）年に改訂された共通テキスト（第 2 版）でも、第 1 版に続き「精神保健福祉士の価値」として「かかわり」が掲げている。「かかわり」を目の前にいるクライアントと共に在ること、共に探すこと、共に歩むこととして示し、生涯研修制度を通して「専門性に基づくかかわりとは」（基幹研修Ⅰ）、「かかわりを豊かにしていくために」（基幹研修Ⅱ）、「立場性を越えたかかわりを広げていくために」（基幹研修Ⅲ）というように「かかわり」に関する項目を取り入れている（日本精神保健福祉士協会 2016）。

2010（平成 22）年に協会の総会で採択された『精神保健福祉業務指針及び業務分類（第 1 版）』では、精神保健福祉士の視点としてハンドブックで示された「クライアントとのかかわりを通して広がる視点」や「時系列を加味した PSW の視点」が図入りで紹介されていた（日本精神保健福祉士協会 2010：11-2）。また、今後の課題として「精神保健福祉士は、クライアントとのかかわりのなかで互いの存在を確認し、その力動性をとらえながら支援を展開していく専門職でもある。しかしながら、『業務』を抽出し、羅列していくと、そこにクライアントの存在が見えにくく、またその関係性や力動性の中で展開をしていく専門性をあらわすことが困難であった。」（日本精神保健福祉士協会 2010：70）と振り返り、精神保健福祉士に欠かせない視点として位置づける必要性を指摘した。

2012（平成 24）年に精神保健医療福祉委員会が出した『平成 23 年度 精神保健医療福祉委員会 事例集』のサブタイトルは「なかなか、退院したいという思い（本音）を聴けなかったが、かかわりによって聴くことができ退院できた事例」であり、長期入院者が、PSW による「かかわり」のなかで少しずつ本音を語り始める事例が報告されていた（日本精神保健福祉士協会精神保健福祉部精神保健医療福祉委員会 2012）。

2)「かかわり」が軽視される時代へ

一方、1999（平成 11）年から協会誌に連載されていた「誌上スーパービジョン」は、2016（平成 28）年に終了し、協会誌において会員が「かかわり」を振り返る機会は失われた。

2014（平成 26）年に改訂された『精神保健福祉士業務指針及び業務分類 第 2 版』では、精神保健福祉士の分業化が進み、精神保健福祉士が時間をかけて利用者にかかわれない状況が生じている。そのため、「実際にかかわる時間は限られていても、思い描き、言うなれば、いかに俯瞰的な「かかわり」を原点においた業務を展開できるのか——この点は、まさに精神保健福祉士の新たな課題といえるだろう。」（日本精神保健福祉士協会 2014：13）と指摘した。この記述は、2020（令和 2）年に改訂された第 3 版にも引き継がれている（日本精神保健福祉士協会 2020）。

この「その場面を超えて利用者の生活の連続性を思い描き」という PSW の姿勢は、Y 問題を経て PSW が確認したクライアントとの「ここで、今」の「かかわり」を否定する可能性が高い。「思い描く」のは PSW であり、あくまでも PSW の主観に基づいて思い描いているに過ぎない。PSW が俯瞰的な「かかわり」なるものに留まれば（クライアント本人に自分の思い描いた中身を伝えて確認することをしなければ）、本人不在のままに援助を行った Y 問題を繰り返す可能性がある。

また、Y 問題を通して PSW はクライアントを取り囲む状況を変えていく視点を獲得した。かかわることができない現状を変えようとせず、現状に合わせて「かかわり」を矮小化するかのような表現はソーシャルワークとは言いがたい記述であった。また、精神保健福祉士の視点として「クライアントとのかかわりを通して広がる視点」が挙げられているが、第 1 版のように図入りで説明はされていない（日本精神保健福祉士協会 2014；2020）。

協会が示す「かかわり」は、必ずしも関係を示すものではなく、幅の広い概念として提示している。近年の日本精神保健福祉士学会学術集会（日本精神保健福祉士協会全国大会と同時開催）においても、「かかわり」という用語を用いた発表は見られるが、その多くが援助業務全般を指しており、関係論としての「かかわり」論に関する発表は極めて少ない。

柏木や谷中は「かかわり」論を関係論として捉えていたが、その 2 人も「かかわり」という用語に幅をもたせて使用してきたこともあり、現場の精神保健福祉士たちは、多様な意味で「かかわり」を使用している。「かかわり」という用語は、PSW の実践を日常的に表す言葉として頻繁に使われ、かつ重要視されているにもかかわらず、解釈の幅の広い言葉も見あたらぬ（高木 2013：40）という指摘もあるように、十分な整理が行われないままに使わ

れ続けてきた。

国家資格化以降、精神保健福祉士の業務は多様化するとともに、法や診療報酬に規定されることとで業務に縛られることも多くなっている。その縛られている業務を「かかわり」と捉える協会員が増えれば、「かかわり」自体も矮小化されるおそれがある。そうした状況になれば、柏木や谷中が積み上げてきた「かかわり」論は、理念としては残りつつも、実践理論としては、形骸化してしまうことが予測される。

2. 精神保健福祉領域における「かかわり」に関する先行研究の動向

1) 坪上宏の「かかわりの三つの性質」

坪上は、「かかわり」と「援助関係」を同義と考えており、自らの「援助関係の3性質」を「かかわりの三つの性質」と言い換えて説明している（坪上 1988 : 193-5）。坪上は、ゲシュタルト（人間の環境世界の知覚方法）という考え方をういて「かかわりの性質」を、「一方的関係（援助者の判断によって一方的に働きかける関係）」、「相互的關係（援助者と被援助者が共通の関心事について折り合いを求める関係）」、「循環的關係（被援助者の関心・都合を通して、援助者の関心・都合を見直す関係）」の3種類に分類し、数の上では少ないものの「循環的關係」が被援助者の回復に最も確実な支えと成り得る関係であると指摘した（坪上 1998）。坪上の援助関係論は「援助関係を中心に、その参加者それぞれに起こる変化も含め、総合的ダイナミズムを捉えた理論」（大谷 2012 : 99）であり、谷中の「かかわり」論にも影響を与えており、支えあい、ぶつかりあいながら変化していく「かかわり」の一端を説明する理論である。

また坪上は、PSW の「相手の生活のしづらさをわかっていこう、わかちもっていこうという姿勢」が「かかわり」になって表れる（坪上 1988 : 192）。更に PSW は教科書で学ぶ「関係」からはみ出す部分を切り捨ててはいけない（坪上 1998 : 184）、専門的な技術が求められない「雑用」にこそ精神障害者の人たちが必要としている本当に大事なことがあると指摘した（坪上 1995 : 124-5 ; 坪上 1998 : 98）。

2) ソーシャルワーク関係に関する実証的研究

大谷の量的調査では、「関係性」概念として「パートナーシップ」と「職業的援助関係」の2因子が抽出され、PSW はこの2つの関係を第3因子である「柔軟性」により使い分けられていることが示された（大谷 2010 : 37-8）。「パートナーシップ」は、精神障害者を援助の

ための重要なパートナーとみなす概念（藤井 2004：171）であり、彼らと協力して目的達成をめざす関係（稲沢 2017：87）であるため、何らかの課題がなくなった後も継続される「かかわり」と同一のものではないが、「パートナーシップ」因子の中に「かかわり」の要素が示されていると考える。

横山の質的研究では、援助者は、利用者の担っている問題や課題を代わりに担うことができないという自らの限界を知り、人として共感を持つようになる。そして、利用者とプロセスを共に歩み、彼らから教えてもらう経験など役割を超えた人としての出会いのなかで安心感や一体感を意識するようになると指摘した（横山 2006；2008）。

高木は、「かかわり」の構成要素として「Involvement（関与的立場）」「Commitment（積極的関与）」「Engagement（相互自律的関与）」の3つの様態があると指摘した。Involvementでは、相談をもちかける主体であるクライアントと「関与的立場」である PSW という関係である。その PSW が「相談を持ちかけられた主体」に変化することで積極的に関与するようになり、Commitment へと移行する。そして、自律した主体と主体が相互に影響し合い、認め合う Engagement へと変化する。しかし、この関係は、新たな解決すべき事柄が見つかれば、他の様態に戻ることが開かれていると指摘した（高木 2013：43）。

精神保健福祉分野のソーシャルワーク研究において「かかわり」という概念に着目している者は少なく、実証的な研究はほとんど行われていない。「かかわり」を次世代の PSW に継承していくためには、実践から積み上げられてきた「かかわり」論を実証的に明らかにしていくことが求められている。

3) 先行研究の整理 - 「かかわり」における PSW の姿勢や態度

ここまで見てきたように「かかわり」は、PSW に広く浸透している用語ではあるものの、人により使い方も異なる幅の広い概念である。しかし、「かかわり」において、PSW に求められる姿勢や態度については共通する部分がある。以下、精神保健福祉領域で重視されてきた PSW の姿勢や態度について示す。

①無知の姿勢

人は、他者を理解し尽くことはできず、本人にしかわからない何かが必ず残る（稲沢 2017：74-80）。援助者が「わかった」と思っていることが、必ずしも正しいとは限らない。援助者には、「よくわからない」感覚が何よりも大切である。援助者にその感覚がなければ、①わ

からない問題に了解不能の烙印を押す、②ことばの裏にある気持への理解を妨げる、③「わかれたい」「わかりっこない」と思っているクライアントの感情を観ることができないという事態に陥ってしまう（尾崎 1994 : 87-8）。精神科医の土居健郎も、援助者が相手のことを、すぐにわかった気になることを諫めている。そして、援助者は「何がわかり、何がわからないのかの区別がわからねばならない」（土居 1977 : 29）と注意している。

クライアントの生きる世界を知っているのは、彼らだけである。援助者がどんなに共感したとしても、援助者がクライアントのことを理解し尽くすことはできない（稲沢 2017 : 77-8）。そのため援助者は、クライアントのことを「わかっていこう、わかちもっていこうという姿勢」（坪上 1988 : 192）として「無知の姿勢」（Anderson & Goolishian=2014 : 48）を示すのである。援助者は、何らかの理論で彼らの物語を解釈してわかった気になるのではなく、無知の姿勢をとり、彼らの主観的な物語の独自性を尊重することが必要である（稲沢 2019 : 56-7）。

②臨在の証人

援助者がどんなにクライアントに共感したとしても、彼らと同じように幻聴や妄想など彼らが経験していることを、同じように経験することはできない。

また、幻聴や妄想などは、彼らが実際に経験しているため、援助者は、それを否定することもできない。援助者にできることは、彼らのかたわらにいて、彼らが経験している（臨在している）ことの証人になることである（早川 1984 : 154・5）。

③共感する他者

援助者には、他者の苦しみを、共感をもって受けとめることのできる力が求められる。しかし、援助者がクライアントと同じように苦しむだけでは、援助を行うことはできない。クライアントと援助者が一蓮托生といえるような関係になれば、援助者はクライアントに感情的な巻き込まれや呑みこまれを感じ、自分が保てない恐れと不安を感じるようになる（尾崎 1994 : 44）。

援助者は、共感をもって受けとめることができる力を有しながらも、彼らとは異なる考え方や感じ方をもつ他者であるが故に、援助を必要とする人に何らかの援助を提供することができるのである（窪田 2013 : 73）。

④経験をともにする

PSW は、精神障害者と経験をともにするを通して、対等な関係を築こうとしてきた（柏木 1977 : 10）。経験の中身は、デイケアプログラムをともにしたり、生活をともにしたりするだけでなく、ワーカーとクライアントを取り囲む問題にパートナーとしてともに立ち向かう経験をすることも含まれる。

楽しいこともつらいこともともに経験し、お互いの素の姿も含めて知ることにより、両者の信頼関係は深まり、「支えたり、支えられれたりといった関係性」（谷中 1993 : 236）へと変化していく。

⑤相互主体的関係

クライアントは PSW などの援助者と経験をともにするなかで、援助を受ける客体ではなく、自分の生き方を選択する生活の主体になる。そして、クライアントは、援助者に働きかけるようになり、援助者はそれを受けとめる（柏木 2010 : 104-5）。ときには、主体と主体として両者はぶつかりあう（谷中 1993 : 120）。こうした主体的・自律的自己をもつ者同士による相互主体的な関係（柏木 2010 : 104-5）を「かかわり」と呼ぶ。

⑥対等な関係

「ソーシャルワーカーとクライアントは対等であって、われわれは彼を自分の支配下に置こうなどと考えるしないからである。対等性はソーシャルワークの基本的な理念であり、技術面での原則の一つである。」（柏木 2010 : 100-1）とされている。

しかし、何らかの困難な状況におかれているクライアントと、そうした状況を改善しようとしている援助者の立場を、対称的に入れ替えることはできない。両者の立場性は非対称的である（稲沢 2002 : 162）。この非対称性から目を背けたままに理念的にワーカー・クライアント関係の対等性を強調することは、援助者の錯覚に過ぎない（柏木 1975 : 6-7）。特に家族などとの関係性が乏しい人は、関係性に基づく援助を受けることができないため、長期入院などの理不尽な状況であっても一方的な援助を受け入れざるを得ないことがある。

援助者は、両者の関係が非対称的であることを、常に意識しておくことが必要である。

⑦自己開示

クライアントは、自らを透明化させるために最大限の努力を払うこと（援助者から情報を

聞き取られること)が義務づけられており、逆に援助者は自分について開示する義務は負っていない(稲沢 2017 : 79)。しかしクライアントも、援助者の自己開示を通して援助者の姿勢や技量などを知り、相談するに値する信頼できる人物であるのか判断しなければ、安心して援助を受けることができない。

そのため、援助者は、自分自身の考えや気持ちを素直に相手に伝える姿勢が必要である(柏木 2010 : 94)。そして、「かかわり」では、「さりげなく自然に、ありのままに、構えたり隠したりしないで自分をさらけだし、開きなおりを互いに見せながら、一緒にいきいていこうとすること」(藤井 1988 : 80)が援助者にも求められるのである。

⑧時熟を待つ

クライアントとの「かかわり」には、時間がかかる(柏木 2010 : 54)。援助者は、十分な時間をかけてクライアントとかかわり、その「かかわり」が熟す「時熟」のタイミングを待つことが必要である(柏木 1997 : 10)。援助者が「時熟」を待つことができれば、クライアントは自己決定を行うことができる。もし、援助者がクライエント時熟を待つことができず、自分の都合で介入してしまえば、クライアントの自己決定は制限を受けることになる。

⑨逃げない者

援助関係は、援助という目的がある時に、援助する者とされる者の間で成り立つ非対称的な関係である。そのため、援助者が援助したくてもできない「援助の限界点」では、援助関係は成立せず、援助できない援助者は、その場から逃げるのが許される。

しかし、そうした場面において、逃げることでできる援助者が「逃げない」ことを、自らの意志で選びとることにより、クライアントと「無力さ」を共有するようになる。この無力さを共有する関係では、「人は人のかたわらにいて、あるいは、かたわらにいただけだからこそ、人を支えることができることもある」(稲沢 2002 : 194)という関係が残る。

第4節 実践理論としての「かかわり」の必要性和研究課題

協会は、Y問題を通して、診断主義による「ワーカー・クライアント関係」のあり方を問い直し、PSWの「かかわり論」を発展させていった。柏木は、Y問題の反省から「対等な関係」を、谷中は、やどかりの里の実践からぶつかり、支えあいながら「ともに生きる関係」

を希求した。

柏木の「かかわり」論は、Y 問題の反省やデイケア実践に基づくものであり、クライアントと「ともに経験すること」を強調した。しかし、援助場面における関係であるため、「援助する者—される者の関係」から脱することは難しく、対等性を追い求める段階から先へは進みにくい。それゆえ、柏木の「かかわり」は「ワーカー・クライアント関係」と明確に分けることが難しいという特徴がある。しかし、専門的・職業的关系に留まるが故に、傾斜のある力関係から逃れ難い病院ワーカーにも理念としては受入れやすく、精神保健福祉士の専門性を再構築する際の理念的支柱となり得たと考えられる。

一方、谷中の「かかわり」論は、精神障害者と「ともに生きること」を選びとったがゆえに、傾斜のある力関係を越えて、より対等な関係を築くことはできた。しかし、その関係は、谷中たちだからできた特別な関係性として捉えられ、当時の多数派であった病院ワーカーたちにとっては、実践から紡ぎ出された理論にもかかわらず理想像に過ぎず、結果的に自分には関係のない特別な関係と捉えられた部分があったと思われる。

結果的に、どちらの「かかわり」論も多くの PSW にとっては、理念や理想像に留まっている。また、協会が示した「クライアントとのかかわりを通して広がる視点」や「時系列を加味した PSW の視点」も協会員に浸透していないことは、第 2 版以降の業務指針の記載内容や全国大会での会員の発表からも推察される。

加えて研究者のなかで「かかわり」論に関心を向ける者は少なく、わずかな研究者も実践理論の構築に至らず、今日を迎えている。業務指針にみられるように PSW の「かかわり」に対する関心は低下しつつあり、「かかわり」の欠如が業務をこなすだけの精神保健福祉士を増やしかねない危険性がある。そのため、「かかわり」論を理念や理想像で留めず、実証的研究結果に基づいた実践理論として、現場に提示していくことが重要であると考えられる。

第3章 長期入院精神障害者の地域移行支援における相談支援専門員の「かかわり」—相談支援専門員に対する量的調査から—

第1節 研究方法

1. 研究目的

第1章で述べたように、これまでも相談支援専門員向けの地域移行支援のガイドブックでは、長期入院者の希望を引き出す「かかわり」として援助者が一所に外食や外出などをする必要性は指摘されてきた（岩上・全国地域で暮らそうネットワーク 2018；金城 2013）。また、相談支援専門員が買い物や昼食への同行や雑談を通して長期入院者と信頼関係を構築するという実践報告も見られた（藤澤 2014；金川 2014）。このように地域移行支援では、援助者が長期入院者と外出や外食、雑談などを一緒に行うことが一般的に大事とされてきた。しかし、地域移行支援における相談支援専門員と長期入院者の「かかわり」の重要性について指摘した数量的な研究はない。

そこで本調査では、統計的方法を用いて、長期入院者の地域移行支援における相談支援専門員の「かかわり」構造を検証し、「かかわり」を構成する要素間の関係性を明らかにするとともに、その構成要素が退院というアウトカムに及ぼす影響を検証することを目的とする。

なお、本調査では、障害者総合支援法における事業名を表す時に「地域移行支援」を、実践を示すものとして「退院支援」を使用する。

2. 調査方法

1) 調査票の作成

地域移行支援における相談支援専門員の「かかわり」に関する質問紙調査を実施するために、以下の手順で尺度を作成した。

まず質問紙を作成するために 2015 年 2 月～2017 年 9 月に、長期入院者の退院支援における「かかわり」に関するインタビュー調査を実施した。1 回のインタビュー時間の平均は、約 59 分であった。インタビューガイドを作成し、それに基づき半構造化面接を行った。インタビューでは、「クライアントと『かかわり』を形成することができたと思われるケースとできなかったと思われるケースについて、各々一人のクライアントを思い浮かべて、その方への支援開始から終結まで話してください。」「今回取り上げていただいたケ

ースだけではなく、日頃クライアントとの『かかわり』を形成する際に、気にしていること、大切にしていることについて話してください。」と提示した上で、自由に語ってもらった。調査協力者の許可を得て、IC レコーダーに録音し、逐語録を作成して質的コーディングを実施した。その結果、「つきあい」「パートナーシップ」「つながり」の3つのカテゴリーが抽出された。

本調査では、この結果を踏まえ、調査票を作成した。基本属性では、性別、年齢、保有している国家資格、対人援助職としての経験年数、地域移行支援の経験年数、長期入院者が退院に至った経験の有無などの項目を尋ねた。長期入院者の地域移行支援における相談支援専門員の「かかわり」に関する項目では、質的コーディングの結果に基づいて「一緒に賃貸物件の内見に行く」「福祉サービスの利用に関する相談を受ける」「契約終了後も相談にのる」などの68項目からなる主たる尺度を作成した。68項目は、個別事例に限定せずに地域移行支援を行うなかでの頻度を「1＝行わない」から「5＝とてもよく行う」の5件法で回答を求めた。

2) 調査協力者について

本調査は、2019年2月～5月に行った。序章で示したように、相談支援事業者のうち、2016（平成28）年度に地域移行支援を算定している事業者はわずか8.3%であった（厚生労働省2018）。そのため、厚労省の資料を基に算定事業者数が多いA地域（4つの都道府県）を調査地域として選定した。A地域に所在する253カ所の一般相談支援事業者に勤務する相談支援専門員のうち、地域移行支援を担当した経験を有する者を対象に郵送法による質問紙調査を実施した。1事業者に3枚、合計759枚の調査票を送付した。事業者により相談支援専門員の配置数などが異なるため、事業者ごとの回数数は異なる。調査票送付後、すべての事業者に電話を入れ、アンケート調査への回答を依頼した。

3. 回収数

アンケートを配布した253事業者の33%にあたる84事業者の163名から回答があり、回収率は22%、有効回答数は152名であった。

4. 回答者の属性

対象者の性別は、女性54.60%、男性45.40%となっていた。平均年齢は42.64歳、年齢

範囲は 26～66 歳で、40 代が最も多かった。取得している国家資格は、「精神保健福祉士」73.50%、「社会福祉士」37.10%となっており、ソーシャルワークを基盤としている相談支援専門員が多かった。一方、「国家資格なし」の相談支援専門員は 9.3%であった。対人援助職としての平均経験年数は 15.37 年であり、10 年以上の経験を有する者が 80%を超え、対人援助の経験が長い相談支援専門員が事業担当者となる傾向が見られた。地域移行支援の平均経験年数は 5.38 年であるが、半数以上が 5 年未満の経験であった。また、担当した長期入院者が退院に至った経験については、「退院に至った経験があり」と回答した人が 75.9%であった（表 4.1）。

表 4.1 調査協力者の属性

項目	カテゴリー	n*	有効%
性別	女性	83	54.6
	男性	69	45.4
年齢	20代	8	5.3
	30代	47	31.3
	40代	65	43.3
	50代	24	16.0
	60代以上	6	4.0
保有資格	精神保健福祉士	111	73.5
	社会福祉士	56	37.1
	介護福祉士	14	9.3
	公認心理師	3	2.0
	保育士	3	2.0
	看護師	2	1.3
	作業療法士	2	1.3
	資格なし	14	9.3
対人援助職としての経験年数	5年未満	1	0.7
	5年以上10年未満	23	15.4
	10年以上15年未満	45	30.2
	15年以上20年未満	38	25.5
	20年以上	42	28.2
地域移行支援の経験年数	5年未満	79	54.1
	5年以上10年未満	39	26.7
	10年以上15年未満	18	12.3
	15年以上20年未満	8	5.5
	20年以上	2	1.4
担当した長期入院者が退院に至った経験	経験あり	101	75.9
	経験なし	32	24.1

* 欠損値を除いて分析を行ったため、各項目における合計人数が異なる場合がある。

5. 倫理的配慮

調査協力者には、書面で研究趣旨、協力は任意であること、結果は統計的に処理し、個人情報特定されないこと、調査結果を公表することを明示し、回答者が本調査に対して同意する場合のみ、調査票を返送する方法をとった。本調査は、東洋大学大学院福祉社会デザイン研究科研究等倫理委員会の承認（H30-0008S）を得て実施した。

第2節 結果

1. 探索的因子分析の結果

1) 因子の抽出

まず、質問の記述統計量（表4.2）を確認し、天井効果（平均値に標準偏差を加えて5を越えるもの／薄いグレー部分）が見られた9項目、フロア効果（平均値から標準偏差を引いて1を下回るもの／濃いグレー部分）が見られた13項目を除外した。

表4.2 記述統計量

	度数	最小値	最大値	平均値	標準偏差
やりたいことについて聞く	151	1	5	4.43	0.688
好きなことについて聞く	151	1	5	4.35	0.750
福祉サービスの利用に関する希望を聞く	150	1	5	4.19	0.775
外泊の希望を聞く	148	1	5	4.09	1.133
退院後の住まいに関する希望を聞く	150	1	5	4.05	1.208
話を切らずに聴く	150	1	5	3.99	0.773
一緒にケアプランを作成する	149	1	5	3.99	1.127
ひっかかりを感じたことを訊ねる	151	1	5	3.97	0.909
福祉サービスの利用に関する支援を行う	151	1	5	3.96	1.119
福祉サービスの利用に関する相談を受ける	150	1	5	3.93	0.946
ネガティブな感情を受けとめる	151	1	5	3.93	0.857
いつまでに退院したいか聞く	151	1	5	3.89	0.967
入院になった経緯を聴く	150	1	5	3.89	1.072
一緒にグループホームなどの入所施設の見学に行く	149	1	5	3.86	1.191
思いを語るまで待つ	151	1	5	3.83	0.898
本人の思いに合わせてケアプランを修正する	150	1	5	3.83	1.126
一緒に日中活動の場所に見学に行く	150	1	5	3.80	1.159
会いに来てもいいか確認する	146	1	5	3.78	1.235
外泊先（体験宿泊先等）を訪問する	150	1	5	3.77	1.292
入院生活の不満や不自由さについて聴く	151	1	5	3.70	1.033
支援者の気持ちを素直に伝える	150	1	5	3.67	0.917
好きなこと（趣味など）について聞く	150	1	5	3.61	1.009
生活上の困りごとに関する相談を受ける	149	1	5	3.61	1.064
役所に同行して必要な申請手続きなどの支援を行う	151	1	5	3.58	1.251

寂しさに関する相談を受ける	150	1	5	3.53	1.162
体調不良（精神症状以外）に関する相談を受ける	151	1	5	3.52	1.032
精神症状に関する相談を受ける	151	1	5	3.52	1.012
お金に関する相談を受ける	150	1	5	3.51	1.028
家族との関係に関する相談を受ける	151	1	5	3.50	1.019
退院したかった時の気持ちを聴く	146	1	5	3.47	1.233
医療サービスに関する相談を受ける	151	1	5	3.23	1.036
将来（就職や進学など）に関する相談を受ける	148	1	5	3.23	1.063
一緒に買い物に行く	151	1	5	3.19	1.197
他の支援者との人間関係に関する相談を受ける	150	1	5	3.17	1.054
家族以外の人間関係（友人など）に関する相談を受ける	151	1	5	3.15	1.054
薬（副作用など）に関する相談を受ける	150	1	5	3.13	1.076
一緒に利用者の住まい（持ち家や実家など）に行く	149	1	5	3.11	1.439
一緒に電車やバスなどの乗り方の練習をする	147	1	5	3.10	1.279
一緒に賃貸物件の内見に行く	150	1	5	3.00	1.470
（一度退院した後に再入院した場合）入院先を訪ねる	144	1	5	2.94	1.310
住居の賃貸契約に同席する	150	1	5	2.94	1.498
引っ越しの手伝いをする	149	1	5	2.87	1.369
携帯電話（事業用）の番号を伝えている	150	1	5	2.81	1.604
訪問時に出されたお茶やコーヒーなどをいただく	149	1	5	2.79	1.170
地域のインフォーマルな資源を優先的に使う	148	1	5	2.78	0.910
一緒に銀行や郵便局に行く	151	1	5	2.77	1.234
一緒に外食に行く	151	1	5	2.77	1.224
一緒に散歩に行く	150	1	5	2.69	1.316
一緒に携帯電話の契約に行く	149	1	5	2.43	1.264
日中以外の時間帯でも相談を受ける	151	1	5	2.40	1.297
恋愛・結婚に関する相談を受ける	151	1	5	2.40	0.960
契約終了後も相談にのる	147	1	5	2.30	1.082
日中以外の時間帯でも必要に応じて訪問する	151	1	5	2.28	1.197
支援者自身のプライベートに関する話をする	149	1	5	2.25	1.019
担当を外れた後も相談にのる	147	1	5	2.18	1.012
契約前に一緒に外食や外出をする	149	1	5	2.02	1.244
一緒に退院のお祝いをする	148	1	5	1.98	1.097
（外泊時に）一緒に家事の練習をする	148	1	5	1.97	1.006
メールアドレスを伝えている	151	1	5	1.89	1.369
利用者さんからお土産や自宅で作った野菜などをもらう	149	1	5	1.76	0.963
契約終了後も支援者から連絡する	147	1	5	1.56	0.861
（支援者が利用者さんを信用して）頼みごとをする	148	1	5	1.49	0.760
一緒に遊びに行く	150	1	4	1.45	0.728
契約終了後も一緒に外食や外出をする	147	1	4	1.30	0.635
利用者さんにお土産などをあげる	149	1	5	1.26	0.641
SNSで連絡が取れるようにしている	151	1	5	1.15	0.574
携帯電話（プライベート用）の番号を伝えている	151	1	3	1.05	0.278
一緒にお酒を飲む	150	1	3	1.05	0.268
有効なケースの数（リストごと）	123				

次に天井効果及びフロア効果が見られなかった46項目に対して、最尤法による因子分析を行った。固有値の変化を見ていくと、15.95、3.65、2.78、2.23、1.82、1.50と続いていた。累積寄与率50%を基準に検討したところ、4因子構造が妥当であると考えられた。

そこで4因子と仮定して、最尤法によるPromax回転を用いて因子分析を行った。その結果、十分な因子負荷量を示さなかった0.35未満の5項目（「（一度退院した後に再入院した場合）入院先を訪ねる」、「携帯電話（事業用）の番号を伝えている」、「訪問時に出されたお茶やコーヒーなどをいただく」、「地域のインフォーマルな資源を優先的に使う」、「支援者自身のプライベートに関する話をする」）を分析から除外し、同様の方法で因子分析を行った。調査結果の解析には、IBM SPSS Statistics 25を使用した。Promax回転後の最終パターンを表4.3に示す。

第一因子は、17項目で構成されており、「薬（副作用など）に関する相談を受ける」「医療サービスに関する相談を受ける」などの健康に関する相談、「家族以外の人間関係（友人など）に関する相談を受ける」「家族との関係に関する相談を受ける」などの人間関係に関する相談などの相談に関する内容の項目が高い負荷量を示していた。そこで「相談を受ける」因子と命名した。

第二因子は、12項目で構成されており、「一緒に携帯電話の契約に行く」「一緒に賃貸物件の内見に行く」など、長期入院者に同行して、彼らと何かを一緒にすることに関する内容の項目が高い負荷量を示していた。そこで「一緒に行く」因子と命名した。

第三因子は、8項目で構成されており、「入院になった経緯を聴く」「ひっかかりを感じたことを訊ねる」など、相談支援専門員が長期入院者の思いを「聴く」ことに関する項目が高い負荷量を示していた、そこで「本音を聴く」因子と命名した。

第四因子は、4項目で構成されており、「契約終了後も相談にのる」「担当を外れた後も相談にのる」など、契約の範疇を超えてつながる関係に関する内容の項目が高い負荷量を示していた。そこで「つながり続ける」因子と命名した。

2) 下位尺度間の関連

4つの下位尺度の内的整合性を検討するため、クロンバックの α 係数の算出を行った。第一因子で $\alpha = .94$ 、第二因子で $\alpha = .92$ 、第三因子で $\alpha = .88$ 、第四因子で $\alpha = .78$ の値が得られ、高い内的一貫性が示された。四つの下位尺度は互いに有意な正の相関を示した。

表4.3 長期入院者の地域移行支援における相談支援専門員の「かかわり」の構成要因

	因子1	因子2	因子3	因子4
第一因子「相談を受ける」				
薬（副作用など）に関する相談を受ける	0.94	-0.04	-0.13	-0.09
医療サービスに関する相談を受ける	0.86	-0.13	0.04	-0.06
体調不良（精神症状以外）に関する相談を受ける	0.85	0.06	-0.07	-0.15
精神症状に関する相談を受ける	0.83	0.05	-0.07	-0.08
家族以外の人間関係（友人など）に関する相談を受ける	0.69	-0.02	-0.01	0.05
家族との関係に関する相談を受ける	0.69	0.01	0.04	-0.03
好きなこと（趣味など）について聞く	0.68	0.06	0.11	-0.01
お金に関する相談を受ける	0.66	0.17	0.01	-0.12
福祉サービスの利用に関する相談を受ける	0.64	0.11	-0.01	0.01
他の支援者との人間関係に関する相談を受ける	0.62	-0.13	0.07	0.17
寂しさに関する相談を受ける	0.59	0.19	-0.09	0.10
生活上の困りごとに関する相談を受ける	0.52	0.23	0.04	0.06
ネガティブな感情を受けとめる	0.50	-0.16	0.36	0.07
将来（就職や進学など）に関する相談を受ける	0.47	0.14	-0.05	0.10
話を切らずに聴く	0.46	-0.24	0.29	0.16
恋愛・結婚に関する相談を受ける	0.40	0.14	-0.19	0.38
思いを語るまで待つ	0.37	-0.23	0.35	0.14
第二因子「一緒に行く」				
一緒に携帯電話の契約に行く	-0.10	0.88	-0.08	-0.01
一緒に賃貸物件の内見に行く	-0.05	0.84	0.02	-0.06
役所に同行して必要な申請手続きなどの支援を行う	0.08	0.77	-0.02	-0.04
住居の賃貸契約に同席する	0.05	0.76	0.02	0.01
一緒に銀行や郵便局に行く	0.08	0.73	-0.03	0.02
引っ越しの手伝いをする	-0.02	0.71	0.14	0.00
一緒に利用者の住まい（持ち家や実家など）に行く	0.02	0.69	-0.01	0.05
一緒に買い物に行く	-0.01	0.56	0.10	0.09
一緒に外食に行く	-0.05	0.55	0.02	0.12
一緒に電車やバスなどの乗り方の練習をする	-0.01	0.53	0.01	0.05
一緒に日中活動の場所に見学に行く	0.21	0.50	0.10	-0.04
一緒に散歩に行く	0.11	0.40	0.03	0.04
第三因子「本音を聴く」				
入院になった経緯を聴く	-0.05	0.14	0.85	-0.09
ひっかかりを感じたことを訊ねる	0.05	-0.08	0.82	-0.04
入院生活の不満や不自由さについて聴く	-0.07	0.03	0.77	0.02
いつまでに退院したいか聞く	-0.10	0.12	0.77	-0.07
支援者の気持ちを素直に伝える	0.06	-0.10	0.72	-0.03
福祉サービスの利用に関する希望を聞く	0.13	0.09	0.56	-0.06
退院したかった時の気持ちを聴く	-0.17	0.23	0.55	0.16
本人の思いに合わせてケアプランを修正する	0.15	0.21	0.41	-0.09
第四因子「つながり続ける」				
契約終了後も相談にのる	-0.07	-0.01	-0.02	0.90
担当を外れた後も相談にのる	-0.03	0.03	0.04	0.87
日中以外の時間帯でも相談を受ける	0.05	0.11	-0.15	0.41
日中以外の時間帯でも必要に応じて訪問する	-0.04	0.25	0.04	0.36
因子抽出法: 最尤法 回転法: Kaiser の正規化を伴うプロマックス法 N=152				

2. 共分散構造分析の結果

探索的因子分析で抽出された4因子（「相談を受ける」、「一緒に行く」、「本音を聴く」、「つながり続ける」）を潜在変数として変数間の影響を見ると共に、4つの潜在変数と観測変数である「担当した長期入院者が退院に至った経験の有無」（以下、「退院あり」）への影響を考察し、地域移行支援における相談支援専門員と長期入院者との「かかわり」モデルを検討した。

質的コーディングにより注出した「かかわり」の要素である「つきあい」「パートナーシップ」「つながり」の3要素を基に、長期入院者との「つきあい／一緒に行く」が「パートナーシップ／相談を受ける」に影響を与え、「パートナーシップ／相談を受ける」が「つながり続ける」ことに影響を与えるという仮説モデルを作成し、そのモデルにあてはめ、共分散構造分析を用いて解析した。4つの潜在変数の分析には、それぞれの観測変数として因子負荷量が0.8以上の項目を使用した。解析には、IBM SPSS AMOS 25を使用した。分析結果は、以下の通りである（図4.1）。

「一緒に行く」から「本音を聴く」、「一緒に行く」から「つながり続ける」、「本音を聴く」から「相談を受ける」、「一緒に行く」から「退院あり」は0.1%水準で、「相談を受ける」から「本音を聴く」は0.5%水準で有意であった。

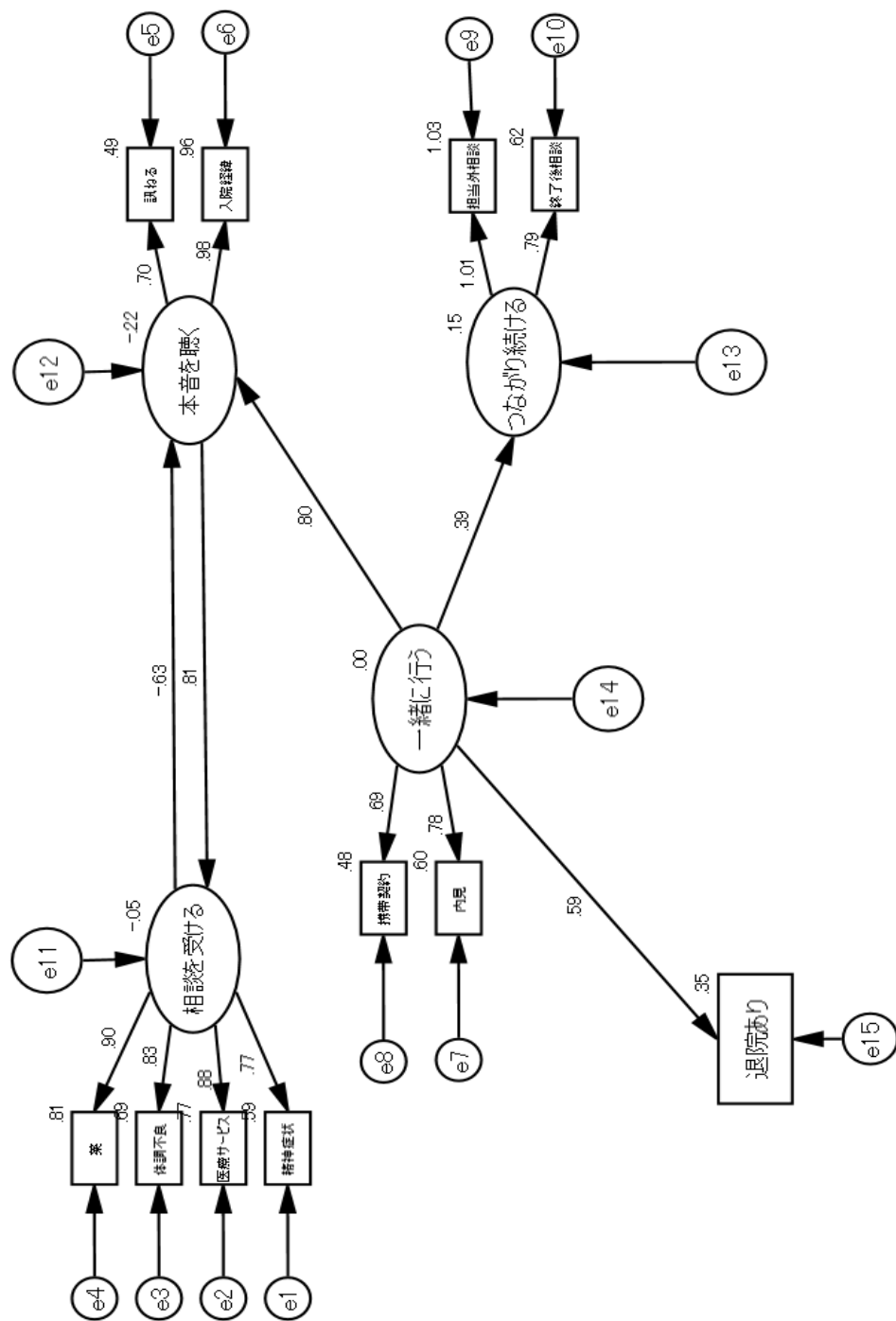
適合度指数は、 $\chi^2=45.022$ 、自由度40、有意確率=.270となっている。GFI=.941、AGFI=.903は、共に.90以上あり、RMSEA=.031は.05を下回っているため、信頼性のある適合的なモデルと判断できる。潜在変数間、及び潜在変数から「退院あり」への影響について、以下に示す。

第一に「一緒に行く」から「本音を聴く」は0.80という高い係数であり、「一緒に行く」が「本音を聴く」に強い影響を与えていた。

第二に「本音を聴く」から「相談を受ける」への係数も0.81という高い係数を示しており、「本音を聴く」が「相談を受ける」に強い影響を与えていた。また、「相談を受ける」から「本音を聴く」への係数も-0.63であり、有意な影響を与えていた。長期入院者からの「相談を受ける」相談支援専門員は、長期入院者から「本音を聴く」ことができていないという結果になった。

第三に「一緒に行く」から「つながり続ける」への係数は、0.39であり、弱い影響があった。「相談を受ける」や「本音を聴く」が「つながり続ける」に影響を与えなかったことと比較すると、「一緒に行く」は「つながり続ける」ことに影響を与えていた。

最後に「退院あり」に影響を与えた潜在変数は「一緒に行く」であり、「一緒に行く」から「退院あり」へ係数は、0.59であった。「本音を聴く」や「相談を受ける」が「退院あり」に影響を与えておらず、「一緒に行く」だけが長期入院者の退院において影響を与えていた。



GFI=.941, AGFI=.903, RMSEA=.0310

図 4.1 地域移行支援における相談支援専門員の「かかわり」モデル

3. ノンパラメトリック検定

探索的因子分析において、フロア効果（ごく一部の相談支援専門員しか行っていない項目）を示したために除外した13項目（表4.4）について分析を行った。この項目には、「一緒にお酒を飲む」など旧来の生活支援の中で、精神医学ソーシャルワーカー（以下、PSW）が担ってきた活動でもある。そのため、この13項目の得点を合計し、得点の中央値1.38を基準に、1.38以下の低群と1.39以上の高群に分け、高群と低群の平均値に差があることを明らかにするため、ノンパラメトリック検定（Mann-Whitney検定）を行った。

分析の結果、フロア効果の高群には、①地域移行支援を担当している年数が長い（地域移行支援の経験年数）、②地域移行支援で担当した利用者の総数（地域移行支援の担当利用者総数）が多い、③地域移行支援で退院した利用者（退院者数）が多い相談支援専門員が有意に多かった（表4.5）。

表4.4 フロア効果13項目

1	契約前に一緒に外食や外出をする
2	一緒に退院のお祝いをする
3	（外泊時に）一緒に家事の練習をする
4	メールアドレスを伝えている
5	利用者さんからお土産や自宅で作った野菜などをもらう
6	契約終了後も支援者から連絡する
7	（支援者が利用者さんを信用して）頼みごとをする
8	一緒に遊びに行く
9	契約終了後も一緒に外食や外出をする
10	利用者さんにお土産などをあげる
11	SNSで連絡が取れるようにしている
12	携帯電話（プライベート用）の番号を伝えている
13	一緒にお酒を飲む

表4.5 経験による差

	地域移行支援 の経験年数	地域移行支援の 担当利用者総数	退院者数
合計数	129	126	123
Mann-Whitney の U	2632	2898.5	2667
Wilcoxon の W	5260	5313.5	5082
検定統計量	2632	2898.5	2667
標準誤差	209.763	202.623	193.968
標準化された検定統計量	2.765	4.6	4.145
漸近有意確率（両側検定）	0.006	0	0

第3節 考察

1. 「一緒に行く」ことを中心に展開される「かかわり」

本研究において特記すべきことは、長期入院者の地域移行支援における相談支援専門員の役割として「一緒に行く」ことが最も重要である点を量的データから明らかにしたことである。

相談支援専門員は、長期入院者の思いや希望に応じて、携帯電話の契約や賃貸住宅の内見などに同行し、彼らと時間を共有していた。「一緒に行く」から「本音を聴く」へのパス係数は、0.80という強い影響を示しているように、相談支援専門員は、彼らのやりたいことや退院に向けた準備を「一緒に行く」ことを通して、彼らの「本音を聴く」ことができた。

また、「本音を聴く」から「相談を受ける」への係数が、0.81という高い数値を示していることから、相談支援専門員は、長期入院者から本音を教えてもらい、その思いに応えるために、彼らと退院に向けた相談を行えるようになるプロセスが示唆される。

一方で「相談を受ける」から「本音を聴く」への係数が-0.63であることは、長期入院者から「相談を受ける」ことから始める相談支援専門員は、長期入院者の「本音を聴く」ことが困難になることを示していた。この結果は、相談支援専門員が「一緒に行く」ことに時間をかけず、支援者側の都合で、退院に向けた服薬や障害福祉サービス利用に関する相談などから地域移行支援を始めた場合、彼らの本音（退院したかった時の気持ちや入院生活への不満など）を聴くことが難しいと考えられる。

谷中も自らの退院支援事例を基に、支援場面では、面接業務では片付かない障害物があり、それを一緒に乗り越える共同作業を通して、クライアントから信頼され、関係が結ばれていくと指摘している（谷中1993）。また、柏木も「かかわり」を築く際に、経験をともにすることが重要であることを繰り返し唱えている（柏木1977；1982；1997；2007）。本研究で示した「かかわり」は「一緒に行く」ことを中心に展開されるという結果は、谷中や柏木の実践知の一部を実証的に明らかにしたものであると考える。

以上のことから、長期入院者の退院を促進するためには、面接を中心とした相談援助から始めるのではなく、支援者が自らの都合（役割）を一旦横におき、「一緒に行く」ことを通して、彼らと「人」と「人」としての信頼関係を形成することが必要であると考えられる。

また、「つながり続ける」に影響を与えた変数も「一緒に行く」のみであった。この結果は、退院して地域住民となった元長期入院者が「つながり続ける」人は、「相談を受ける」だけの専門職ではなく、何かを「一緒に行った」人であると考えられる。

このように、相談支援専門員は、長期入院者と「一緒に行く」ことを通して、彼らから「本音を聴く」ことができるようになり、退院に向けた「相談を受ける」ようになる。そして、「一緒に行く」経験をともにした者として援助契約が終了した後も「つながり続ける」という「かかわり」形成のプロセスが示唆された。

2. 退院に影響を与える要因としての「一緒に行く」

本研究では、これまで多様な意味で語られてきた「かかわり」の構成要素を「相談を受ける」「一緒に行く」「本音を聴く」「つながり続ける」の4つに実証的に分類した。

そして、「一緒に行く」という要素が、担当した利用者が退院に至るという結果に影響を与えることを実証的に示すことができたと考える。

本調査の結果では、観測変数である「退院あり」に影響を与えた潜在変数は「一緒に行く」のみであり、地域移行支援の中核を成すと思われる「相談を受ける」から「退院あり」への影響は見られなかった。この結果から、長期入院者の退院を促進する上では、相談支援専門員が長期入院者と一緒に時を過ごし、共に活動する「かかわり」を形成することが重要であると考えられる。

これまでも地域精神保健福祉活動においては、精神障害者との関係づくりのために過度に踏み込んだり、話しかけたりすることよりも、「ともに存在すること」や「配慮しつつそばにすること」の重要性が指摘されてきた（Mosher&Burti=1992：113）。ACTでは、利用者との関係づくりにおいて、お茶を飲んだり、おしゃべりしたりするような一般的な会話やレジャー活動と一緒に参加することが行われている（Killaspy, Johnson, Pierce他2009：536）。ストレングスモデルでも、関係づくりにおいて、お互いをよく知るために、ともに余暇を過ごすこと、共通の興味や経験を探求することが推奨されている（Rapp & Goscha=2014：116）。また、わが国でも、創設当時のやどかりの里におけるスタッフと利用者の共同生活や浦河べてるの家における「公私一体」（向谷地2009a：224-5）や「ご近所づきあい」（向谷地2009a：204）など一緒に行くことを重視した実践もある。

既述のように地域移行支援においても、長期入院者の希望を引き出す方法として「外出支援」の必要性は指摘されてきた（岩上・全国地域で暮らそうネットワーク2018；金城

2013)。しかし、地域移行支援のガイドブックでは、関係機関との連携や地域移行支援計画の作成などと比べると、外出支援などの関係づくりに割かれている頁数は極めて少なく、相談支援専門員たちが、「一緒に行く」ことの意義を十分に意識できていない可能性が示唆される。

また、このように長期入院者の地域移行支援において「一緒に行く」ことが退院に対して、良い影響を与えることを実証的に示した数量的な研究は見当たらない。本研究の結果は、地域精神保健福祉活動の実践知の一部と、相談支援専門員が意識化できてない「一緒に行く」ことによる効果の一端を実証的に示すことができたと考える。

3. 生活場面をともにする「かかわり」を行う相談支援専門員の特徴

ノンパラメトリック検定の結果から、①地域移行支援の経験が長く、②これまで担当した利用者数も多く、③退院に至った利用者も多い相談支援専門員は、地域移行支援において、長期入院者と生活場面をともにする「かかわり」を行う人が多い傾向が示された。

既述のように長期入院者は、本来援助をしてくれるはずの治療者や援助者から、適切な援助を受けられなかった故に、入院が長期化したと考えられる。そのため、長期入院者に対する援助では、過去の治療者と同じ専門的な相談援助だけでは、信頼してもらえない。地域移行支援の経験が豊富な相談支援専門員は、意図的に生活場面をともにする実践を通して、彼らの信頼を得るための「かかわり」を形成していたと考えられた。

精神障害者に対する公的な障害福祉サービスが乏しかった時代の退院支援では、退院後にPSWと当事者が、同じ建物の中で、寝食をともにする実践が行われていた（荒田1998；向谷地2009a；荒田2020）。退院後の生活支援においても、「ご近所づきあい」（向谷地2009a：204）を大切にし、一緒にお酒を飲むような実践も見られた（助川2002：76；國重2015：35）。また、PSWが自分の携帯電話の番号や自宅の住所を教えることもあった（向谷地2009b：163-4）。PSWの仕事とは、人の生活にかかわることであり、その生活が継続している以上、「ここまで」と明確にラインは引けないものである（名城2007：102-3）。

しかし、精神保健福祉士の国家資格化以降は、制度や施策に資格が位置づけられた結果、法律や制度に規定された業務に縛られる傾向が強くなり、援助者自身の生活の一部を開示するような実践から距離をとる精神保健福祉士が多い（向谷地2009b：163-4）。そのため、PSWは、業務ではなく、実践することを志向すべきと指摘もある（井上2019）。

今回の調査結果において、生活場面をともにする実践を行う相談支援専門員の特徴とし

て地域移行支援の経験年数の長さがみられた。こうした相談支援専門員は、病院PSWの経験や個別給付以前の退院促進事業あるいは地域移行支援・地域定着支援事業などの包括払いで報酬が入る補助金事業時代の退院支援を経験しており、個別支援に時間をかけることを体験してきた可能性が推察される。

フロア効果の13項目は、相談支援専門員の生活場面をともにする実践である。本調査では、この生活場面をともにする実践を行う相談支援専門員の退院者数が有意に多いという結果が示された。このことから、長期入院者の地域移行支援における「かかわり」では、相談支援専門員が長期入院者と生活場面をともにする必要性が示唆された。

4. 本研究の限界

本研究の限界として、以下の四点について言及する。

第一に、本調査の回収率は22%、調査票を配布した事業者の33%から回答があったに過ぎない。アンケート調査の回収率として高いとは言えないが、既述のように地域移行支援の算定事業者はわずか8.3%であり、地域移行支援の利用実績と比べれば、高い回収率であった。このように本調査は、地域移行支援の算定事業者が多い地域で実施したため、比較的地域移行支援に熱心な調査協力者に偏っている可能性があり、外的妥当性には限界がある。分析結果を一般化するためには、調査対象を広げることが必要である。

第二に、現状では、算定事業者が多い地域においても、退院実績（退院者数）が積みあがっていない事業者がほとんどであるため、退院実績（退院者数）を観測変数として因果関係を、示すことができなかった。真の因果関係を示すためには、調査対象を広げると共に縦断的調査を行うことが必要である。

第三に、「一緒に行く」ことが「退院あり」に影響を与えることを示すことはできたが、良い影響を与える理由については、共分散構造分析の結果だけでは十分に明らかにすることができなかった。

第四に、「退院あり」というアウトカムが地域移行支援の質の高さを示してはいないため、本調査だけでは、地域移行支援の質について十分に明らかにすることができなかった。

「一緒に行く」ことを中心とした「かかわり」を実践の場で活用できるモデルにするためには、長期入院者本人に対する調査を行い、良い影響を与える理由についても明らかにしていく必要がある。

第4節 結論

本研究では、相談支援専門員の長期入院者との「かかわり」が「相談を受ける」、「一緒に行く」、「本音を聴く」、「つながり続ける」の4要素から構成されること、「かかわり」は「一緒に行く」ことから始めることにより形成される（「相談を受ける」ことから始めると「本音を聴く」ことが難しい）ことを明らかにした。

また、退院支援の中で、これまで一般的に重要とされてきたと考えられる「相談を受けること」や「本音を聞くこと」といった面談的な支援以上に、一見専門的には見えない外出や外食などを「一緒に行く」という行動レベルの支援が、長期入院者の退院というアウトカムにおいて重要であることを実証的データによって明らかにし、支援の方向性についてより明確な示唆を与えている点が、本研究の新規性であると考ええる。

相談支援専門員たちが「一緒に行く」ことを当然のこととして捉え、長期入院者の地域移行支援における重要な要素と認識していないことは、相談支援専門員向けのガイドブックの記載量の乏しさからも推察される。「一緒に行くこと」が退院に与える影響を量的データで示したことにより、相談支援専門員にとって当たり前すぎて目が向かなかった「一緒に行く」意義を確認することができたと考ええる。またこの結果は、地域移行支援の報酬のあり方やガイドブックの記載方法を検討するための材料を提供したと思われる。

他方で、地域移行支援における「かかわり」では、相談支援専門員と長期入院者が「一緒に行く」ための十分な時間が必要である。しかし、障害者総合支援法では、地域移行支援の利用期間は原則6か月と規定されている。6か月を超えた場合、地域生活への移行が具体的に見込まれる人に限り、6か月以内での更新が認められている。それ以降も市町村の個別審査により更新も可能となっているが、退院が具体的に見込まれない場合については更新することが難しい。先行研究においても、6か月以上の援助の必要性が指摘されているが（赤沼2007：52）、現行制度では、数十年入院していて退院までに時間がかかる人であっても、相談支援専門員が継続的にかかわることは保障されていない。

また、契約期間しか報酬が発生しないため、長期入院者が退院したいと表明しない限り、制度を利用して「一緒に行く」ことはできない。つまり、相談支援専門員が長期入院者の退院意欲を喚起するために契約前に外出や外食へ同行しても報酬は発生しない。地域定着支援の終了後にアフターフォローのための訪問をしても報酬は発生しない。現状では、事業者が人件費をもち出して外出同行などを行う、あるいは個別の意欲喚起までは行

わないなど事業者毎の判断に任せた制度設計となっている。こうした使いにくい制度のあり方が、地域移行支援の算定事業者数の少なさに影響を与えていると考える。

本研究の結果は、退院に向けた意欲喚起やアフターフォローのための同行を報酬上位置づけ、地域移行支援の利用促進を図るための検討材料を提供できたと考える。

今後、地域移行支援における相談支援専門員の「かかわり」を、より有効な実践モデルとして構築し、長期入院者の退院を促進するためには、「一緒に行く」ことを可能にする制度のあり方や、「一緒に行く」ことを許容する職場環境のあり方などについても併せて検討していくことが求められる。

第4章 長期入院精神障害者の退院支援における相談支援事業所 PSW の「かかわり」のプロセスー相談支援事業所に勤務する PSW に対する質的調査からー

第1節 研究目的および方法

1. 研究目的

第3章の量的調査の結果から、相談支援専門員の長期入院者との「かかわり」が「相談を受ける」、「一緒に行く」、「本音を聴く」、「つながり続ける」の4要素から構成されること、「かかわり」は「一緒に行く」ことから始まり、「本音を聴く」ことを介して「相談を受ける」ようになるプロセスを示すことができた。

また、長期入院者の退院支援において、一見専門的には見えない外出や外食などを「一緒に行く」という行動レベルの支援が、長期入院者の退院というアウトカムにおいて重要であることを実証的データによって明らかにした。

しかし、量的調査では、退院支援の現場において、観測変数がどのように影響し合って「かかわり」を形成しているのか、その具体的なプロセスについては明示できていない。

そこで第4章では、地域移行支援を担う相談支援事業所の PSW と長期入院者との「かかわり」のプロセスについて、長期入院者の退院支援において先進的な実績を有する十勝圏域でのインタビュー調査を通して明らかにすることを目的とする。

2. 調査協力者

1) 調査地域の特性について

調査フィールドとして選定した十勝圏域では、全国で精神病床が増加していた1970年代半ばから、PSWを中心に長期入院を強いられた人の人生を取り戻す「生活支援」に取り組み、法制度や公的援助のない中、彼らの思いを実現するために資源を一つずつ開拓していった。廃業した宿泊施設を PSW の知り合いが経営する企業に購入してもらい、その建物にグループホームを開設したり、食事つきの下宿というインフォーマル資源を活用したりすることで、300人以上の住居資源を開発した。その結果、圏域内の病院が、社会的入院患者の住まいとしての精神病床を維持する必要性は低下した。

このように十勝圏域の PSW は、「資源がない」と嘆くのではなく、眼前の長期入院者との「かかわり」を通して、彼らに必要な資源を発見・開拓し、彼らの思いを中心にしたネットワークを築いてきた。こうした活動の結果、この圏域では、国公立に加え、民間病院

においても精神病床が減り続け、およそ 20 年で 520 床の病床削減に成功し、病院に依存しない地域ケアシステムを作り上げてきている。

2) 調査協力者について

本調査では、十勝圏域の相談支援事業所において長期入院者の退院支援に携わった経験がある全ての PSW 7 名を対象に半構造化インタビューを実施した。7 名全員が精神保健福祉士取得者である。年齢は平均 39.4 歳である。経験年数は平均 15.1 年、性別は女性 4 名、男性 3 名であった（表 5.1）。なお、本調査における「退院支援」とは、「地域移行支援」が個別給付化される以前の退院支援事例も含めている。そのため、「地域移行支援」で支援をしている事例についても、「退院支援」と表記する。

以上の理由から、十勝圏域の相談支援事業所 PSW を調査協力者として設定した。

表 5.1 調査協力者の一覧

ID	年齢	性別	経験年数	インタビュー回数
A	30代	女性	9年	2回
B	30代	女性	9年	2回
C	30代	女性	10年	1回
D	30代	女性	14年	2回
E	30代	男性	14年	2回
F	40代	男性	20年	1回
G	50代	男性	30年	3回

3. 実施方法

既述のように 2015 年 2 月～2017 年 9 月にインタビュー調査を実施した。1 回のインタビュー時間の平均は、約 59 分、インタビューガイドを作成して半構造化面接を行った。インタビュー内容は、調査協力者の許可を得て IC レコーダーに録音し、逐語録を作成した。第 3 章のアンケート調査終了後、修正版グラウンデッド・セオリー・アプローチ（以下、M-GTA）を用いて質的な分析を行った。

4. 分析方法

本研究では、実践知を再編成するのに有効な M-GTA を採用した。本研究は、相談支援

事業所に勤務する PSW の視点から、退院支援における長期入院者との「かかわり」のプロセスを明らかにすることを目的としている。PSW とクライアントとの「かかわり」は、お互いが相手を通して自分の見方を見直していく「循環的關係」（坪上 1988 : 194）という社会的相互作用（人間と人間が直接やり取りすること）を有しており、「らせん的な循環」（坪上 1988 : 194）というプロセス的性格を備えている。

M-GTA は、研究対象がヒューマンサービス領域であり、社会的相互作用を持ち、プロセス的性格を備えている研究に適しており（木下 2003 : 89-90）、本研究の分析に有効であると考えた。また、本研究は、研究結果が退院支援の現場において応用されることを目的の一つとしており、研究結果を実践で活用するという役割（応用者）を、その構造の中に内在している M-GTA が分析方法として適していると考えた。

M-GTA では、分析テーマと分析焦点者という 2 つの分析上の視点に照らして分析を進める。分析焦点者とは、研究上の対象として設定される人間のことで、調査協力者を指す。M-GTA ではデータを解釈する時、「その人間からみれば、あるいは、その人間にとっては、それはどういう意味になるのか」という観点から考えるため、分析を行う上で分析焦点者の設定は重要な意味合いをもつ。また、分析焦点者を設定することにより、読者や応用者が、研究結果を自分に引き寄せて理解しやすいという利点もある。本研究では、分析焦点者を、「十勝圏域において長期入院精神障害者の退院支援を担う相談支援事業所で勤務する PSW」と設定した。分析テーマとは、研究テーマをデータに即して分析していきけるように絞り込んだものである。研究テーマとの関係では、ひとつの研究テーマに複数の分析テーマがありうるという関係になる。本研究では、「十勝圏域の長期入院精神障害者の退院支援における相談支援事業所 PSW の『かかわり』のプロセス」を分析テーマとして設定した。

この 2 つの分析上の視点に照らして、データの関連箇所に着目し、分析ワークシート（表 5.2）を用いて最初の概念を生成した。M-GTA では、まず一人分のデータ全体にざっと目を通す。その上で、分析テーマに照らしてディテールが豊富で多様な具体例がありそうな 1 人分のデータから、以下の手順で分析を始める（木下 2003 : 158-172 ; 233-8）。

- ① 分析テーマと分析焦点者に照らして、データの関連箇所に着目し、それを一つの具体例（ヴァリエーション）とし、かつ、他の類似具体例をも説明できると考えられる、説明概念を生成する。

- ② 概念をつくる際に、分析ワークシートを作成し、概念名、定義、最初の具体例などを記入する。
- ③ データ分析を進める中で、新たに概念を生成し、分析ワークシートは個々の概念ごとに作成する。
- ④ 同時並行で、他の具体例をデータから探し、ワークシートのヴァリエーション欄に追加記入していく。具体例が豊富にでてこなければ、その概念は有効でないと判断する。
- ⑤ 生成した概念の完成度は類似例の確認だけでなく、対極例についての比較の観点からデータをみていくことにより、解釈が恣意的に偏る危険を防ぐ。その結果をワークシートの理論的メモ欄に記入していく。
- ⑥ 次に、生成した概念と他の概念との関係を個々の概念ごとに検討し、関係図にしておく。
- ⑦ 複数の概念の関係からなるカテゴリーを生成し、カテゴリー相互の関係から分析結果をまとめ、その概要を簡潔に文章化し（ストーリーライン）、さらに結果図を作成する。

本研究で最初に着目したのは、ひとりの調査協力者の「食べ物好きなんですみたいな話から、入院したらお寿司とか食べられないんだよねって話があって。30年入院してたので、回転寿司を知らなかったんですよ。回転寿司っていうものが世の中にあるらしいってことを、テレビで見て知っていて。行ってみたいって話になって。とりあえず、回転寿司行きますかっていうので、月1回回転寿司に行くのが、2年ぐらい。2年ぐらいずっと回転寿司行ってるようなかわりをしていた方がいて、退院したのが去年なんですよね。」という発言であった。

上記の発言のうち、著者は下線部の発言に着目した。PSWが一見専門的に見えない回転寿司に行くという行為を、2年間行い続けたことにより、長期入院者との間に信頼関係が構築され、退院という結果に至ることができた。この箇所にPSWの「かわり」の一端が見えたように思えた。

この点に着目し、他のデータにも類似例がみられるかを確認していった。その結果、「ラーメンを月2回食べに行ってたんですよ。」「いっしょにとりあえず服買いに行こうとか、バスに乗ってみようとか。」などの類似例がみられた。

これらの例には、長期入院者と一緒に外出することを通して、彼らと信頼関係を構築しようとする PSW の意図がみられた。データのなかで、一定の類似例が確認できたので、【長期入院者と外出し、買い物をしたり、食事をしたりする中で、楽しい時を過ごし、その気持ちを共有すること】と定義し、概念名を“外出する”とした。

また類似例の比較と並行して、対極例のチェックも行い、「ずーっと病状が悪かったので、病院の外に出るってほとんどない方だったんですね。」「いっしょに見学とかは行くけど、ご飯食べに行くとかそういうのはしなかったですね。」などのデータにみられることを確認した。

表 5.2 分析ワークシートの例示

概念名	外出する
定義	PSW が長期入院者と外出し、買い物をしたり、食事をしたりする中で、楽しい時を過ごし、その気持ちを共有すること
ヴァリエーション	<ul style="list-style-type: none"> ● 30 年入院してたので、回転寿司を知らなかったんですね。回転寿司っていうものが世の中にあるらしいってことを、テレビで見て知っていて。行ってみたくって話になって。とりあえず、<u>回転寿司行きますかっていうので、月 1 回回転寿司に行くのが、2 年ぐらい。2 年ぐらいずーっと回転寿司行ってるようなかわりをしていた方がいて、退院したのが去年なんですね。A 1</u>
理論的メモ	<ul style="list-style-type: none"> ● （対極例）いっしょに見学とかは行くけど、ご飯食べに行くとかそういうのはしなかったですね。B1 ● 退院意欲のある人とない人では、最初の導入が異なるのではないか？

概念の定義に照らして、類似例と対極例の確認を繰り返しながら、概念の精緻化を行った。その後、生成した概念と他の概念との関係を検討し、複数の概念の関係からなるカテゴリーを生成し、カテゴリー相互の関係から分析結果をまとめ、その概要を簡潔に文章化し、結果図を作成した。

なお、調査結果の信頼性確保のため、調査協力者によるメンバーチェックと共に調査協力者ではない臨床現場及び教育機関で 40 年以上の経験を有する PSW にコメントをもら

い、その上で、所属する大学院において、分析結果や考察も含めた指導を受けた。

5. 倫理的配慮

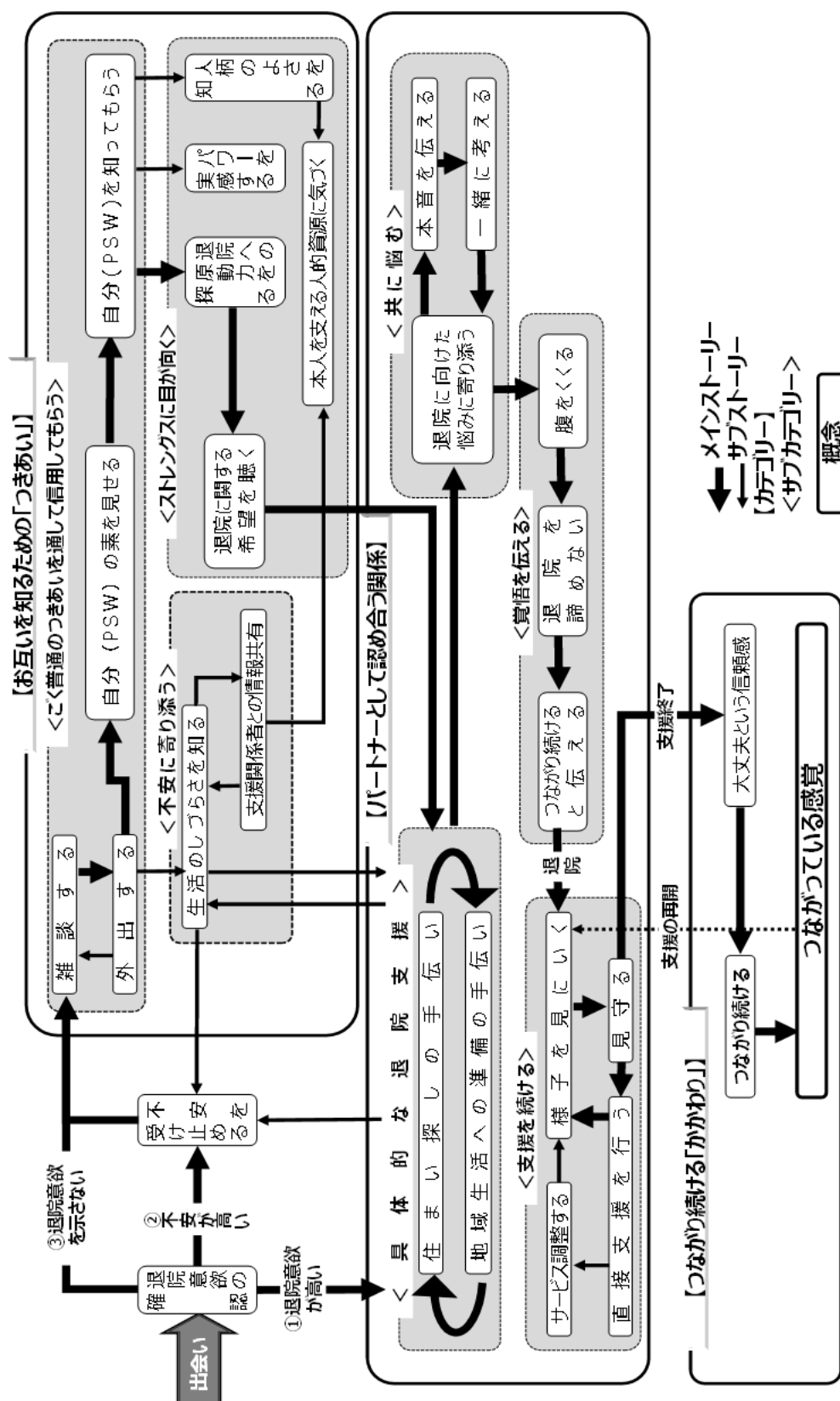
調査実施にあたり、調査協力者に対してインタビューに関する説明書と同意書を提示した上で説明を行い、「話したくないことは話す必要はないこと」「いつでもインタビューを中止することができること」を前提条件として書面にて調査協力への同意を得た。収集したデータ及び分析結果には細心の注意を払い、個人情報が特定されないよう匿名化を徹底した。なお、本研究は東洋大学大学院福祉社会デザイン研究科研究等倫理委員会（H28-14S）を得て実施した。

第2節 結果と考察

M-GTA では、データとの確認を継続的に行いながら解釈を確定していくというプロセスとして分析が進行していく。そのため、分析に考察の要素が自動的に含まれるので、結果と考察を分けて記述しようとする内容に重複が生じる（木下 2003：238-9）。以上の理由から、本研究では、結果と考察を一体化して論ずる。

分析の結果、3つのカテゴリー、7つのサブカテゴリー、28の概念を生成した（表 5.3）。分析の結果は、ストーリーラインと結果図（図 5.1）を用いて説明する。以下、分析結果を【カテゴリー】、＜サブカテゴリー＞、〔概念〕、『概念の定義』、「データ」を用いて説明する。

図5.1 長期入院精神障害者の退院支援における相談支援事業所PSWの「かかわり」のプロセス



1. ストーリーライン

相談支援事業所の PSW は、病院からの依頼で長期入院者と出会い、彼らの【退院意欲の確認】を行う。退院意欲がある場合は、彼らの希望に沿って＜具体的な退院支援＞を進めていく。退院意欲はあるものの地域生活などへの不安が高い場合は、【不安を受け止める】ことから始める。退院意欲を示さない場合は、雑談や外出などごく普通のつきあいを通して信用してもらおう。そして、彼らの【退院への原動力を探る】ことなどにより彼らの＜ストレングスに目が向く＞ようになる。このように【お互いを知るための「つきあい」】（以下、【つきあい】）を大切に＜具体的な退院支援＞を進めていく。

退院が具体的になると彼らから退院に向けた悩みが吐露され＜共に悩む＞ようになる。様々な困難も生じるが、PSW が退院後もつながり続ける＜覚悟を伝える＞ことにより、不安を抱える彼らに対して退院への後押しをする。退院後も PSW は、彼らが望んだ生活ができるように＜支援を続ける＞。このプロセスを共にすることを通して、両者は【パートナーとして認めあう関係】（以下、【パートナーシップ】）になる。

そして PSW は、契約が終了したとしても、彼らにかかわった者として、何らかの形で【つながり続ける】。徐々に会う頻度は下がるものの、彼らと【つながっている感覚】をもち、彼らと【つながり続ける「かかわり」】（以下、【つながり】）を大切にしていく。

2. 概念の説明

本研究で明らかにした 3つのカテゴリーを、7つのサブカテゴリーと 28 の概念との関係を用いて説明するとともに、データを用いて 28 の概念についても説明する（表 5.3）。

なおローデータには、発信者番号をつけており、アルファベットが調査協力者 ID、数字がインタビュー回数を示している。

表 5.3 概念表

カテゴリー	サブカテゴリー	概念名
お互いを知るための「つきあい」	ごく普通のつきあいを通して信用してもらう	退院意欲の確認
		不安を受け止める
		雑談する
		外出する
	ストレングスに目が向く	自分（PSW）の素を見せる
		自分(PSW)を知ってもらう
		退院への原動力を探る
		パワーを実感する
		人柄のよさを知る
		退院に関する希望を聴く
		本人を支える人的資源に気づく
	不安に寄り添う	生活のしづらさを知る
		支援関係者との情報共有
パートナーとして認めあう関係	具体的な退院支援	住まい探しの手伝い
		地域生活への準備の手伝い
	共に悩む	退院に向けた悩みに寄り添う
		本音を伝える
		一緒に考える
	覚悟を伝える	腹をくくる
		退院を諦めない
		つながり続けると伝える
	支援を続ける	様子を見にいく
		見守る
		直接支援を行う
		サービス調整する
つながり続ける「かかわり」	大丈夫という信頼感	
	つながり続ける	
	つながっている感覚	

1) 【お互いを知るための「つきあい」】（第1段階）

病院スタッフからの依頼で病院に出向いた PSW は、長期入院者本人（以下、本人）に会い、本人に【退院意欲の確認】を行っていた。PSW の「かかわり」の第1段階は、本人たちの退院意欲に合わせて大きく3つのパターンに分かれて始まる。

第1の退院意欲が高い場合、病院スタッフが、長期入院者に対して何らかの不安や心配を有しているため、本人たちの意欲に反して退院に至っていないと考えられた。PSW は、病院スタッフの不安を受け止めて、時にブレーキを踏みつつも、本人の希望やペースを尊重して＜具体的な退院支援＞を進めていた。早めにグループホームでの試験外泊などを行い、彼らにも【生活のしづらさ】を実感してもらい、その課題について病院スタッフ

やピアサポーターなどの〔支援関係者と情報共有〕して、＜具体的な退院支援＞に活かしていた。

第2のパターンは、退院意欲はあるものの、**地域生活への不安が高い**場合である。この人たちへの退院支援では、PSWは〔**不安を受け止める**〕ことから始めていた。すぐにく**具体的な退院支援**＞を始めて、彼らの退院への不安を煽るようなことはしない。彼らと〔**雑談する**〕ことや〔**外出する**〕ことのなかで、PSWが自己開示し、以下の第3のパターンと同じように＜**ごく普通のつきあいを通して信用してもらう**＞ことから始めていた。

第3のパターンは、本人が**退院意欲を示さない**場合である。この人たちは、入院治療が必要でないにも関わらず、退院に至らない社会的入院の中核をなす人たちである。2012

（平成24）年の地域移行支援の個別給付化以降は、本人からのサービス利用申請が必要となり、本人が退院意欲を示さない場合はサービス利用につながらなくなった。しかし、個別給付化以前の「精神障害者地域移行・地域定着支援事業」までは、本人が退院を希望していなくても病院スタッフからの依頼で、退院意欲の喚起も含めて退院支援を始めることができた。その時代の退院支援では、本人から「俺が退院したい時に退院させてくれなかったのに、何で病院側のタイミングで退院させられるのだ。」（A1）という重い言葉を投げつけられたPSWもいた。このような退院意欲を示さない人の場合、退院という共通の関心事（目標）に向けた「援助する者－される者」の関係性は成り立たない。PSWは「退院支援」という自らの都合（業務）を一旦横におく。そして、相手にPSWがどのように見えているのか考え、彼らと〔**雑談する**〕ことから始めていた。雑談のなかで彼らから食事や買い物の希望が出れば、一緒に〔**外出する**〕ようにしていた。PSWは、こうした一緒にいることを中心としたつきあいのなかで、本気で楽しみ、少し意図的に〔**自分の素を見せる**〕ことで〔**自分を知ってもらう**〕ようにしていた。

長期入院者のいる病棟は、長期入院者にとっては生活の場となっているが、病院スタッフにとっては職場である。その場で病院スタッフが彼らに見せる姿は「治療者」「援助者」「支援者」「専門職」「労働者」としての姿であり、「人」としての姿に出会うこと（病院スタッフが入院患者に対して自己開示すること）は少ない。

外部から来たPSWは、本気で楽しみつつも、「援助者」を信じきれない彼らの視点にたち、彼らに「援助者」ではない「人」としての側面を意識的に見せていた。この援助に見えないごく普通のつきあいを通して、彼らはPSWの「人」としての一面に触れ、PSWを信用し始めるようになっていた。

こうして<ごく普通のつきあいを通して信用してもらおう>ようになると、彼らから本音がこぼれ落ち始める。PSW は、【つきあい】を通して、彼らの【人柄のよさを知る】。そして、本人の人柄のよさを媒介にしてつながった彼らの応援団（家族や友人、病院スタッフや下宿の管理人など）という【本人を支える人的資源に気づく】ようになる。また、PSW は、紆余曲折の人生経験を通して身につけた人への気遣いや我慢強さなどの本人の有する【パワーを実感する】とともに「家族（親）を看取れないから（退院して）家族の近くに行きたい。」（A1）、「実は学校に行きたい。」（F）などの彼らの【退院への原動力を探る】ようになる。PSW がその原動力に触れることで、彼らもこころの底に押し込めていた退院への思いを表明するようになっていた。彼らの退院への思いを確認した PSW は、彼らに住まいの条件などの【退院に関する希望を聴く】ようになる。こうして彼らの<ストレスに目が向く>ようになった PSW は、退院に向けて<具体的な支援>を始めていた。その際、PSW は、彼らの<不安に寄り添う>ものの、過度に生活のしづらさに焦点化せず、【つきあい】を大切にしながら<具体的な退院支援>を進めていた。

このように退院支援の第 1 段階では、PSW は<ごく普通のつきあいを通して信用してもらおう>ことで、彼らから知ることを許され、お互いを知るために【つきあい】を続けるようになっていた。その関係では、PSW の「人」としての面が前景に出て「援助者」としての面は後方に下がるため、両者の関係性は「人と人」として面が強調されていた。

① 退院意欲の確認

病院からの依頼で、地域移行支援を始めることになった相談支援事業所の PSW は、まずは病院を訪問し、『長期入院者に退院への意欲を確認すること』から始めていた。

序章で示したように長期入院者の多くは、退院意欲が低下しているのではない。病院職員との乏しい関係性のなかで退院への思いを表明できない人が多いのである。そのため、長期入院者が援助者に見せる退院意欲については個人差が大きく、かつ聴き手により変化することも少なくない。

「すごく退院意欲もあって。何故この…あ、23 年ぐらいだったと思います。この 23 年はどうしてって。」（D1）

「俺は退院したい時に退院させてくれなかったのに、何で病院側のタイミングで退院させ

られるんだ。」(A1)

「どうかな、うーん、わからないなって、どうかなって、よくわからないなってずっと言ってますね。」(E1)

このように 20 年以上入院しているにもかかわらず、退院意欲を示す人もいれば、退院に拒否的な人もいた。また、自分の気持ちがわからないという人もいた。PSW は、〔退院意欲の確認〕を通して、彼らの退院への複雑な思いを受けとめていた。

そして、「退院を急かせに来てる人じゃないんだよってというのは。退院を応援したいだけ。」(A1) と伝えて、彼らの意向やペースを尊重することを大切にしていた。退院意欲が強い人の場合、その思いに沿う形でグループホームへの試験外泊など＜具体的な退院支援＞から始めていた。退院意欲を示さなかったり、拒否したりする場合、PSW は、地域移行支援という自らの業務を一旦横において、彼らと〔雑談する〕ことから始めていた。退院への不安が高い場合には、＜具体的な退院支援＞から入らずに、彼らの〔不安を受け止める〕ことに注力していた。

② 不安を受けとめる

長期入院者の多くは、長期入院している間に、家族や友人との関係性が弱くなり、彼らからの関係性に基づく援助を受けることができない状況に陥っていた。そのため、地域生活に対する漠然とした不安や心配を抱え、どのように生きていけばいいのか戸惑ってしまう人も多かった。

「『家族のもとには帰れない』ってのは言ったんですけど、どうしたらいいかっていうような感じになり。」(D1)

一方で、次のように病院職員から退院を勧められた段階で、退院せざるを得ないということに覚悟する人もいた。

「病院にはずっといれないんだってのはわかってるらしいんですよ。だから出なくちゃいけないっていうのはわかってはいるんですよ。」(F)

退院せざるを得ないと頭では理解していても、頼れる人のいない地域でどのように暮らしていけばいいかは不安になってしまう人も少なくない。そのため、「(当時の総理大臣が) また俺を殺しに来るとか。」(F) というように妄想などの精神症状で不安や心配を表現する人もいた。望んでいない入院であっても、長年その場所で暮らし続け、それなりに安定していると、「やっぱり退院が不安だと思う。そういう風に聞こえてきちゃってそれがほんとだと思い込んでるから。」(F) というように大きな心理的抵抗を示すこともあった。PSW は、退院に向けた具体的な援助をするのではなく、こうした『長期入院者の退院に向けた漠然とした不安、戸惑いなどを受け止める』ことを大切にしていた。

「不安だと思います。感覚としたら、いきなり海外で住みたい感覚かなあって私は思ってます。」(A1)

「たまに(病院に) 帰りたくなるのって当たり前じゃないかなと思うので、会いに行ってもいいし、そこにたまに休みに行ってもいいんじゃないって話はしてますね。」(A1)

このように PSW たちは、彼らの不安な気持ちを想像してみたり、対処方法を提案したりして彼らの〔不安を受けとめる〕ことに努めていた。

③ 雑談する

退院への不安が高い人 や退院意欲を示さない長期入院者に対して PSW は、地域移行支援という自らの都合(業務)を一旦横におき、『彼らとの雑談を通して、その何気ない会話のなかから彼らの気持ちを察すること』を意識していた。ある PSW は、次のように雑談から人生を教えてもらえたり、退院に向けたきっかけをつかんだりしていた。

「ほんとに世間話をしに、2週に1回くらいのペースで行っていて。そしたら、本人結構お話してくれて、なんか好きなものとか、結構食べ物が好きで。お菓子工場とか、とりあえず勤めていたところが食べ物関係だったんですよ。」(A1)

「面接だけじゃない道中の中で、ちょっと話してはくれるんですよ。僕あれが好きです

とか。歩きながら、実はその方歌が好きなんですけど、その歌の誰々知ってますとか言われると、そこから突破口になったり。」(D1)

病院では、専門職と患者の間に「援助する者－される者」という傾斜のある力関係が存在している。そうした傾斜のある力関係のなかでは、援助される側である患者が、援助する側である専門職に対してポロっと本音をこぼすような機会は少ない。そのため、外部から来た PSW は「楽しい話をした時のほうがやっぱり人間って何か素が出る。」(A2) と考え、彼らと〔雑談する〕ことを意図的に行っていた。雑談を大事にしている PSW は、その意義を次のように語っていた。

「結構雑談っていちばん大事だなと思ってて、そういう何かこっちから質問形式で聞いたりとかすることよりかは、そういう雑談とかいっしょに散歩とかしたりとかする中で、知る知識のほうが自分にとっては大事だなと思っているので、あんまり雑談をなくさないようにしようかなとは。『最近雑誌買ってないの』とか『ちょっと服の傾向変わったんじゃない』とか、そういう話とかもしたら、例えば『お金最近節約しようと思ってるから、雑誌買わないようにしてるんだ』とか、そうしたら彼女がその節約をしようとしてるんだなってことがわかったりとか、するのでそういうちょっとしたことで、知りたいなと思います。」(A2)

このように〔雑談する〕ことは、PSW が自分の都合を横におき、ひとりの「人」としてかかわる意思を長期入院者に伝える行為であるとともに、相手の生活や思いを深く知るための援助技術としても機能していた。

④ 外出する

〔雑談する〕なかで、彼らから希望が出れば、PSW は彼らと一緒に〔外出する〕ようにしていた。退院を拒否する長期入院者の退院支援を始めた PSW は、業務としての地域移行支援を一旦横に置き、＜具体的な退院支援＞をすることなく、次のように長期入院者と一緒に回転寿司に行き、本人との時間を楽しんでいた。

「30 年入院していたので、回転寿司を知らなかったのですよね。回転寿司っていうものが

世の中にあるらしいってことを、テレビで見えて知っていて。行ってみたいって話になって。とりあえず、回転寿司行きますかっていうので、月1回回転寿司に行くのが2年ぐらい。2年ぐらい、ずーっと回転寿司行ってるようなかわりをしていた。」(A1)

この圏域の PSW は、「行ってみたい。」(A1) という本人の希望にあわせて、スーパー、コンビニ、神社、焼き肉屋、ラーメン屋、回転寿司、衣料品店、家電量販店、カラオケ、お祭り、映画などに一緒に出かけていた。PSW は、行く場所を決めるという小さな自己決定を通して、本人の自己決定する力が育つように援助していた。

また、PSW は『長期入院者と買い物や食事をするを通して、時間とともに楽しい気持ちも共有する』ように意識していた。

「お互い競争しながら食べて。私は別に競争意識なかったんですけど、私の方が枚数が多くなると許せないらしくて。すごい1枚1枚ね、私もそうなってくると競争意識が出てきて、こっちもなんか多くなってきて、帰りのバスの中ほんとうに吐くんじゃないかと思うぐらい。」(A1)

このように PSW と長期入院者は、ともにその時間を楽しんでいた。加えて、「たまに買い物に行ったらおいしいものも食べれるし、なんでしょう、いろんな方とも普通に会話があったりとか、病院にいるよりも、なんか楽しそうだなっていう思いを、多分思い出してきたのかなって。」(E1) というように、自分で選択し、決定することの心地よさを取り戻せるように援助していた。

⑤ 自分 (PSW) の素を見せる

PSW は、長期入院者と外出などを一緒に行く【つきあい】のなかで、本気で楽しみつつも、『少し意図的に自分の素の姿を長期入院者に見せる』ようにしていた。先述の回転寿司の人の支援では、PSW は自分の興奮している様子を「それはちょっと意識的ですね。」(A1) というように少し意図的に相手に見せていた。

「勝負して、私1回勝ったんですよね。そのこと、すごい今でも興奮。何かすごい悔しがってて、俺あの時すごい体調悪かったんだって。腹の調子が悪くてとか。言い訳はみた

いな感じだったんですけど。それぐらいから、この人回転寿司ですけど、ガチできてるだなあみたいな。負けてくれないんだなあみたいな。もあつたのかなあとと思いますね。」(A1)

PSW が素の姿を見せたことにより、相手も「俺あの時すごい体調悪かったんだって。腹の調子が悪くて。」(A1) というようにお互いに素の姿を見せあえるように変化した。

病院スタッフが、院内において、彼らに見せる姿は「専門職」や「労働者」である。一方、長期入院者も、院内では「患者」以外の姿を見せる必要性も環境もない。そのため、長期入院者もスタッフも、長い人では数十年に渡って同じ空間をいるにもかかわらず、お互いに相手の「人」としての部分を知る機会は少ないのかもしれない。

外部から来た PSW は、長期入院者に対して、少し意図的に【自分の素を見せる】ことで、自分が病院のなかにいる信用できない「専門職」とは違う存在であることを伝え、彼らに「人」としてかかわる意思を示していた。

⑥ 自分 (PSW) を知ってもらう

「私は相手のことだけガンガン生育歴から聞いといて、自分のことは教えられませんっていうのは違うかなっていう感覚があって。」(B1) というように一方的に情報収集することに対して違和感を覚えた PSW は、『相手のことを一方的に知るのではなく、相手に自分のことを知ってもらう』ことを意識していた。

院内において患者は、専門職や治療者から一方的に情報を聴取され、診断・評価の対象にされ、自分の意向を確認されることなく、治療や援助を提供されることが少なくない。患者側に拒否権はなく、拒否した場合には、行動制限などを受ける可能性すらある。こうした傾斜のある力関係では、援助される者である患者が、援助する者である専門職の生活や考え方を知る機会は少ない。

外部から来た PSW は、「やっぱり向こうもこちらがどういう人なのかっていうのを見てる。」(D1) ということを意識し、次のように【自分を知ってもらう】ようにしていた。

「こっちのことも知ってもらわないときっといけないかなと思うので、知らない人に何か自分のこと喋りたくないからこっちもある程度自己開示する。」(A2)

加えて、PSW はお互いを知るための時間について、以下のように大切にしていた。

「知らない人にはあまり自分のこと喋らないっていうのは誰もみんなそうなので、知ってもらう時間を大事に。」(A2)

このように援助者の自己開示は、お互いを知るために必要な援助技術である。しかし、援助者からの一方的な自己開示は、院内における一方的な治療や援助と同様に、相手の都合を無視した押しつけになってしまう。こうした自己開示は、相手に対して自己開示することを強要してしまう。そのため、PSW は、長期入院者にさりげなく「自分 (PSW) を知ってもらおう」ことができるように雑談や外出などにじっくりと時間をかけることを大切にしていた。

このように自己開示を通して長期入院者の思いを知ることができるようになった PSW は、「退院への原動力」「本人のパワー」「人柄」という 3 つのストレングスに目が向くようになっていた。

⑦ 退院への原動力を探る

PSW は、長期入院者と一緒に過ごすなかで、『長期入院者の関心のあることについて聴き、彼らの退院への原動力を探る』ように努めていた。この退院への原動力は、ストレングスモデルにおける「関心と熱望」とほぼ一致していた。

退院に向けた原動力は、人により異なっていた。「結婚して子どもが欲しい。」(D1)、「(同じ病院に入院中の) 彼女が彼を飛び越えて退院をすることになってしまっ。本人焦って、こりゃ大変だと。」(A1) というように恋愛や結婚願望の人もいれば、「家族を看取りたいからとか、近くにいないと家族看取れないから家族の近くに行きたい。」(D1) と家族への思いが原動力の人もいた。「中卒なんですよ。だから学校行きたいって言うて。」(F) というように学歴への思いが原動力の人もいた。また、体験宿泊したグループホームの朝食で出されたサンドイッチ、スープ、サラダのセットを気に入って、そこに「退院したい。」というように食が原動力になる人や、「退院したらテレビを買って、野球をじっくり最後まで見たいんだ。」(D1) というように自由な生活が原動力となる人もいた。PSW は、彼らと一緒に過ごすなかで、次のように彼らの「退院への原動力を探る」ように努め、その原動力を中心に据えた援助を展開していた。

「その人の原動力になるものが何なのかっていうのは、常に探すようにしていますね。何でもいいんですね。本人なりなので。」(D1)

「その気持ちとか原動力を基準にして、そのために今こうしようとか、こうしていきましようかっていう手立てを考えていくっていうのがあるので。そうですね、そこはとても大事なかなと思ってますね。」(D1)

⑧ パワーを実感する

PSW は、長期入院者と一緒に過ごすなかで、『長期入院者の能力や経験値に気づく』ようになり、彼らがもつ**【パワーを実感する】**ようになっていた。ここでいうパワーは、ストレングスモデルにおける「才能・技能」に近いものである。

PSW は、彼らとの会話などを通して、彼らの歩んできた人生を知り、イメージできるようになっていた。それにより、彼らの経験なかで培われた力を感じるようになっていた。彼らは、精神障害を抱えながら働いたり子育てをしたり、病院やグループホームなどで周囲に気を配りながら生きてきたりというように様々な人生経験を積んできた。こうした人生経験を通して身につけた彼らの気遣いや我慢強さなどを知ることで、PSW は「自分には知らない人生経験もしていて、そういう部分もやっぱり尊敬しなきゃいけない。」(A2) と思うようになっていた。

こうして彼らに対する信頼感を高めた PSW は、「そこはみんな彼の力は疑うってことはあんまりなかったですね。できない前提ではあんまりスタートしてなかったと思います。」(C) というように、彼らの経験や能力を信じた上でかかわるようになっていた。

長期入院者のなかには、生活上の課題を有する人もいた。「いろいろな記憶が 20 数年ぐらい前のイメージでいらっしゃるんで、交通機関のこととか、地理的なものとか、建物がいろいろ建ったとかっていうことも多分相当変わってるっていうことが、いろいろ外出する中で、ご本人が多分気がついてきたんでしょうかね。」(E2) というように長期入院に起因する課題を有していたものの外出などを一緒に行うなかで対応できるようになっていた。PSW は、すぐに助け船を出すのではなく、彼らの力を信じて、彼らが自力で乗り越えるときを、傍らにいて見守るようにしていた。

「すごーく人との関係に疲れるってということが起こった時に、最初の頃はそういうこともわかんなくて距離感もすごく近かったんですよね。で、それが結局自分を疲れさせるってことがあったんだけど、うまく対処ができないってことがあって、それがやっぱりこう自分でも痛い思いをしながら、辛い思いをしながら、周りの人にそういう時は、もうちょっと距離とってもいいんだよとか、いろんなことはっきりやだと言っていいんだよってということも、言われ続けて、それを自分でも実践していく中で、今は相談しなくても、ある程度自分で、距離はとれるようにはなってきたってというのはあると思います。」(C)

⑨ 人柄のよさを知る

PSW は、長期入院者と一緒に過ごすなかで、彼らの【人柄のよさを知る】ようになっていた。人柄とは、ストレングスモデルにおける「個人の性格」に該当する。

「かかわり」では、交互作用が生じる。PSW が長期入院者に対してよい印象をもてば、PSW の自己開示する部分が広くなり、彼らも素の姿を見せる PSW を信頼して、自己開示するようになると推察される。そのため、PSW が彼らに対してよい印象をもつようになることが、交互作用を促進していく上で重要になると考えられる。

「多分人として素直なんだろうなと思うんですけど。最初に会った時から、そうですね、凄い素直なタイプだと思いますね。」(C)

「すごい丁寧で真面目でしっかりした人なんです。」(D2)

「言い方悪いですけど可愛がられている人。私たちも何ていうか可愛いというか、気になる人。」(B2)

このように PSW は、彼らとの【つきあい】を通して彼らの『人柄のよさに気づくようになる』。この気づきが生じると、その人柄のよさを媒介にしてつながった彼らの応援団（彼の退院に協力したいと思っている人）と PSW はつながれるようになる。

⑩ 本人を支える人的資源に気づく

長期入院者のなかには、入院している間に、親が亡くなったり、兄弟も高齢化したりして実家に戻るという選択肢を選べない人が少なくない。こうした状況を見た病院の専門職は、彼らを支える人的資源が乏しく受け皿がないので、退院が難しいと思い込んでしまうことが多い。

しかし、十勝圏域の PSW たちは、インフォーマルな資源に目を向けることにより、彼らのために動いてくれる人たちと出会うようになっていた。特に人柄がいい人の周りには、彼を応援したいと思う人たちが自然と集まっていた。家族を頼ることができなくても、下宿の管理人さんのようなインフォーマルな援助者や同じ障害を抱える仲間たちに支えてもらうことにより、地域での生活が実現していた。

「例えば下宿の管理人さんとか。そういう人たちが、まあほんとうに親代わりみたいな感じで厳しいこととかも伝えてくれるんです。」(C)

「あとは入居者で、たまたま同じ患者さんが多かったんですよ、同じ病院の。だからいっしょに行ったりとかして、自然に解決した。」(F)

また、彼らの人柄のよさに惹かれた専門職たちも、以下のように自分の業務範囲を超えてかわり、彼らの地域生活を支えていた。

「多分●さん（利用者）だからみんながまたやるよって言うとか集まったり、結構そこまでやってくれるんだってみんなちょっとずつ業務以上のことを、かかわってくれてそれが良かったんだと思うんですよね。それがもう業務でここまでしかできませんを、みんな貰ったら多分穴になってできないんですけど。」(B2)

このように PSW が『長期入院者の有するフォーマル・インフォーマルな人的資源に気づけるようになる』と彼らを支える人的資源の選択肢は拡がり、退院が難しいと思われる人たちの退院の可能性も拡がっていく。PSW には、自らの視野を拡げて〔本人を支える人的資源に気づく〕力が求められる。

⑪ 退院に関する希望を聴く

長期入院者の退院への原動力に気づいた PSW は『長期入院者との会話を通して退院先の希望や退院後に送りたい生活などを知る』ようになっていた。

彼らの退院に関する希望のなかには、「和式トイレのところしか嫌。」(A1) というように探せばいいだけの比較的实现しやすい希望だけでなく、実現することが難しいと思われる希望も、特に多くの人語るのが「実家に帰りたい。」(D2) という希望であった。

「なかなか自分では本人迷ってすぐ決められずにいた方でした。何回かっていうか、本人に病院には会いに行って。最終的には、実家に帰る（と決断した）。」(G1)

「ご本人が一貫してご希望されてのが、持ち家がですね、ご本人実はずっとあって、今でもあるんですけども、そこに帰りたいっていうのがずっと。」(E1)

「退院するんであれば、実家に帰れるもんだと思ってたので、実家に帰れないんだったら退院したくない。」(A2)

このように、実家に帰りたいという強い思いを吐露する人は多かった。しかし、実際には、親は既に亡くなり兄弟家族が住んでいたり、兄弟も住んでおらず空き家になっていたり、家族はいても関係性が悪かったりといった理由から思い通りにならない人が多かった。しかし、そうした状況にあっても、PSW は、その思いを尊重して援助を展開していた。ある PSW は、家族との関係が悪い人と何度も話し合いながら、最終的には実家に帰りたいという本人の自己決定を尊重した。

「何回か僕も会いに行って、本人は、1回は家に帰りたいってことで、帰ることにして、退院の準備も、いっしょに実家に行ったりとか、実家のお姉さんとも調整したりとかっていうこととして、1回帰ったんですね。」(G1)

PSW は、彼らの〔退院に関する希望を聴く〕なかで、彼らの思いを知る。そして PSW は、外出などを通して培ってきた本人の自己決定する力を信頼し、彼らが自分で考えて選択したことを尊重するようにしていた。そして、援助者としての自分がすべきことを考え、それに向けた心づもりをするようになっていた。

⑫ 生活のしづらさを知る

PSW は、長期入院者と一緒に〔外出する〕 ことなどを通して、彼らの『生活上の困難 などについて知り、彼らの思いに対する理解を深める』ようにしていた。

特に退院支援の当初から退院意欲が高い人の支援では、本人の希望に沿って、早い段階 からグループホームでの試験外泊やアパート探しなどの退院に向けた具体的な援助を行っ ていた。PSW は、彼らの希望や選択を尊重し、その思いに沿って退院に向けて動くなか で、本人自身に生活のしづらさを実感してもらい、退院に向けて必要なことを一緒に考え るための下地づくりを行っていた。

「いっしょに外出することによって結構アセスメントできるんですね。ただやっぱり長 期なので、バスに乗れないとか当たり前だし、ご飯の食べ方とかも病院の中で食べてれば 多少他の人と違ってもしょうがないし。」(A1)

「1万円札が切り替わった時期だったんでしょかね、ホログラムっていうんですか、あ れが本人ご存じなくて、偽札だって本人が言い出したりとか、それで、コンビニで買い物 ができない。」(E1)

このように退院に向けた具体的な準備を進めることにより、長期入院者自身が生活のし づらさを実感できるようになっていた。PSW も〔生活のしづらさを知る〕 ことを通し て、彼らと具体的に対応策を検討できるようになっていた。このプロセスを経て、PSW は、彼らの退院に向けた<不安に寄り添う>ことができるようになっていた。

⑬ 支援関係者との情報共有

PSW は、退院に向けた具体的な準備を進めるなかで、『病院スタッフやピアスタッフ、 家族等の支援関係者と情報を共有することにより、長期入院者をより深く知るようにな る』のであった。

PSW は、〔雑談する〕 ことや〔外出する〕 ことを通して、長期入院者に対する理解を深 めていくが、そのときに知ることができるのは、多様な側面をもつ彼らの一面に過ぎな い。そもそも人には、他者のことをわかりきることできないという限界がある。そのた

め、本人の了解を得たうえで、〔他の支援関係者と情報共有〕することにより、より深く相手のことを知るようになっていた。

「銀行の ATM でお金を下ろした経験がないとか、多分そういうようなことをピアスタッフの方と経験しながら、多少やっぱりほんとに自信を取り戻すってほんとにリカバリーって言葉なんだろうなって思うんです。」(E1)

「入院中の担当看護師さんとちょっとお話して、どのぐらい、こんな感じでいいですかねとか、いや、もうちょっと進んでいいよとかっていうことで。こっちきつく言いますからあとフォローよろしくとか、そんな感じはしましたね。」(F)

このように外出同行していたピアスタッフからの情報提供により、長期入院者が自信を取り戻していく様子を知ったり、専門職同士で情報共有するなかで役割分担を決めたりしてチームとして退院に向けた援助を展開していた。

こうした〔支援関係者との情報共有〕により、PSW は〔本人を支える人的資源に気づく〕ようになっていた。PSW と本人は、こうした人的資源を上手に活用しながら＜具体的な退院支援＞へ歩みを進めていた。

2) 【パートナーとして認めあう関係】(第2段階)

長期入院からの退院は、本人にとって入院により失った自分らしい生活を取り戻すことであるとともに再発などのリスクを背負いながら生きていくことでもある。PSW は、リスクを背負いながらも退院を目指す彼らのアパートやグループホームなどの〔住まい探しの手伝い〕や家財の購入などの〔地域生活への準備の手伝い〕を行い、＜具体的な退院支援＞を進めていた。退院が近づくにつれ、彼らから悩みが語られたり外出の拒否という形で不安が表現されたりすることもあった。PSW は、こうした彼らの〔退院に向けた悩みに寄り添う〕とともに、専門職としての視点から彼らに〔本音を伝える〕ようにしていた。PSW は、本音を伝えた上で〔一緒に考える〕ことを大切にしていた。退院後に起こりうる事態に対しても、報酬が発生しなかったり負担が大きかったりしてもかかわり続ける決意をしていた。このように〔腹をくくる〕ようになった PSW は、「退院することがあったら奇跡だな。」(A1) と思っていても〔退院を諦めない〕で援助を継続していた。

ある PSW は、退院が難しいと思った方が退院したことを契機に「この方たちを死亡退院させないためには、やっぱりそこ（諦めないこと）が一番重要なと思う。」（A1）ようになったと語っていた。このように【退院を諦めない】ことで、退院へつながった経験を有する PSW は、彼らが自分で自分の生き方を決めることを支援するというミッションを自覚するようになっていた。このようにかかわり続ける覚悟を決めた PSW は、退院後もつながり続けることを本人に伝えていた。彼らの多くは、退院を待ちわびていたにもかかわらず、援助をしてもらえなかった経験を積み重ねていた。そのため、「退院を意識するようになってから、たいていみんな聞いてくるんですよ。退院後にどうせ 1 人なんですよとか。」（A1）と口にしていた。この場面において、PSW は、退院した後も【つながり続けると伝える】ことで、彼らの退院への不安を受けとめていた。このように PSW が退院後もかかわり続ける＜覚悟を伝える＞ことで、退院後の生活に不安や悩みを抱えている本人たちの退院への後押しをしていた。

退院直後は久々の地域生活で困ったり悩んだりする人も多い。そうした時に＜支援を続ける＞と約束した PSW は、地域定着支援などを使って繰り返し訪問し、彼らの【様子を見に行く】ようにしていた。本人の力を信じ、「とりあえず失敗して、みんな（他の支援者）に（きつく）言われたとしても、見捨てはしないです。」（C）と【見守る】こともあるし、役所に同行したり、生活上の助言をしたりする【直接支援を行う】こともあった。本人の希望があれば、通所施設やホームヘルプサービスなどの【サービス調整する】こともあった。臨機応変に使えるものは使い、不要なものは取り除きながら、彼らが地域で望んだ生活ができるように＜支援を続ける＞ようにしていた。

このように第 2 段階では、「退院」という共通の関心事（目標）に向けて、援助する者である PSW と援助される者である長期入院者がお互いに【パートナーとして認めあう関係】を築いていた。この関係では、「援助する者－される者」としての関係性が強調されるが、その背後には、【つきあい】があり、その【つきあい】で築かれた信頼関係が課題を乗り越える際の下支えとなっていた。また、PSW が【つながり】続ける覚悟を本人たちに伝えることで、本人たちも退院する覚悟を決め、覚悟を決めた者同士としての関係性を形成していた。

① 住まい探しの手伝い

長期入院者の退院する気持ちが固まると、退院に向けた＜具体的な退院支援＞として

〔住まい探しの手伝い〕や〔地域生活への準備の手伝い〕を始めていた。

まずは〔住まい探しの手伝い〕として「どんな所に住もうかということとかを確認しながらですね。」(A1)、「どういう条件だったらいいですかみたいな。」(D1)というように住まいの希望を、本人から確認することから始めていた。本人の希望に合わせて、以下のようにアパートの内見やグループホームの見学などを本人と一緒にしていた。

「結局どういうところ住みたいってご本人が言うので、3カ所ぐらい見に行ったんです。」(B1)

「じゃあ家を何か所か見ていきましょうかみたいな。」(E2)

内見や見学などを通して本人たちは「和式トイレじゃないと嫌だって言った人もいるし。目の前に大きい道路があるから嫌だとか。本人なりの多分基準があるので。でも気に入る基準も結構別々で、何か壁が白いから明るいからいっていう人もいるし、なので見てみないとわからないかなっていうことがすごいいっぱいあるなと思う。」(A2)というように地域生活を具体的にイメージしながら住まいの条件を挙げるようになっていった。

見学後は、地域生活を想定して試験外泊を行うことも多かった。試験外泊のパターンは様々で「グループホーム見て決めてお試しをして、何回かお泊りしてすぐ退院っていう方でした。」(B1)というようにグループホーム入居を前提に試験外泊をした人や、「ただやっぱり家に帰った時に、最近具体的には洗濯してないなとか、食事どうしようかなとかっていうことも、(中略)そういう発想になりづらかったのが、いろいろ経験していくなかで、よくよく考えてみたら家で1人暮らしする時もいろんなこと困りそうだな。」

(E1)と自宅に外泊し、その結果グループホーム入所を目指す人もいた。「本人は、1回は家に帰りたいていうことで、帰ることにして、退院の準備も、いっしょに実家に行ったりとか、実家のお姉さんとも調整したりとかっていうこともして、1回帰ったんですね。」(G1)というように試験外泊を経て自宅に戻る人もいた。このようにPSWは、内見や試験外泊などを通して彼らの自身で決めたことを尊重していた。

「家を決める大事なところだと思うので、信頼というか、この人に話したら、話せると思った人じゃないと話さな思うんいですよね。多分、それがわからないままに本人の家を

決めてしまって、かわりなくどこ行くか決めてしまったら、本人もそれを言える人だったらいいんですけど、言えない人だったら、ちょっともやもやを抱えたまま退院するのってすごい不幸じゃないかなって思うので、その辺が誰か言える人がいればいいんじゃないかなと思います。」(A1)

PSW は、ただ空いているグループホームの情報提供をするのではなく、彼らと信頼関係を深めながら『長期入院者と一緒に退院後の住まい探しを行う』ことを大切に、最終的には、彼らの自己決定を尊重するようにしていた。

② 地域生活への準備の手伝い

PSW は「お薬カレンダーでちゃんと自分で管理するとか、金銭管理少しやってみるとか、単独で外出するとかっていったようなことを相談しながら、進めていったように思います。」(G2)、「バスも何とか覚えてもらいたくて、だんだん後ろを歩くようにしてバス停覚えましてやってもらってたんですけど。」(B2) というように住まい探しと並行して『長期入院者と一緒に退院後の地域生活に向けた具体的な準備を行う』ようにしていた。

「いっしょに家具とかも選びに行ったりとかしたんでね。じゃあこれはカーテンはどうしようとかね。そういう将来に向けたワクワク感みたいな、楽しみみたいなのをきっともてたのかなっていうふうな感じはするんですよ。」(G1)

「手続きに一緒に行ったりとかはしてましたね。この人手続きがとても不安が強い人でしたね。書類がきたんだけどとか。」(B1)

このように PSW は、退院後の住まいが決まると、トレーニング的な援助だけでなく、一緒にワクワクしながら地域生活に必要なものを買に行ったり、障害福祉サービスの利用申請などを行ったりしながら地域生活に向けて、具体的な準備を進めていた。

PSW は〔**地域生活の準備の手伝い**〕をしながら時間や経験を共有するとともに、彼らが家具やカーテンを選ぶという小さな自己決定を積み重ねて、自分で選ぶことの心地よさを実感できるように援助していた。

③ 退院に向けた悩みに寄り添う

住まい探しや地域生活の準備など＜具体的な退院支援＞を進めていくと、『退院が具体的に becoming ことによって生じた長期入院者の悩みや揺れに寄り添う』必要性が生じてくる。

長期入院者のなかには、院内ではできることが、退院後の住まいはできなくなる人がいる。彼らは、環境因子の影響を受けやすいため、本人が望んでいない長期入院であっても、「いざ出るとなると、しばらくはその人にとっての家というかが病院だったんですよね。」というように変化に対して不安を示す人もいた。

「大体3回ぐらい確かキャンセルがあったと思いますね。『やっぱり今日ちょっと乗らないからやめるわ』とか『ちょっと曇りだからやめるわ』とか。やっぱりやめようかなって、退院自体やめようかなとかってやっぱり気持ちがすごい揺れ動いたんだと思うんですよね。結構、具体的な話になってくればくるほど不安がすごいあって。」(E1)

このように退院後の生活に不安を抱える人は多い。「当時を振り返って、退院した後に聞いたことあるんですけど、その時は、なんかそろそろかなと思ってちょっとドキドキして調子崩したんだって言うことは言ってましたね。」(E1) と語った人もいた。こうした漠然とした不安に加えて地域生活への具体的な心配に対しても耳を傾ける必要がある。

「あとやっぱり不安なのは病院までの通いがやっぱりすごく遠いんですよね、ご自宅がある所が。そこは多分本人の中で具体的にちょっと遠いなみたいな話も確かしてた記憶もあります。」(E2)

「やっぱりグループホームに、どんな人がいるかっていうところは凄く気にしてたように思いますね。」(G3)

こうした不安や心配を感じ取った PSW は、その思いに共感するとともに、彼らの傍らにいて〔退院に向けた悩みに寄り添う〕ことを大切にしていた。

「そこに自分の人生があって、周りに人がいてっていうふうになるまでにはやっぱり相当時間がかかるんだなっていうことを感じましたね。」(D1)

「やっぱり普通に考えてみたら 40 年同じ所にいていきなり外に出ろって言われても無理だなんていうのとか、30 年同じ所に例えばここに住んでいきなりハワイ行きなさいって言われても、えーって思うのは当たり前だよなって。でもそれぐらいの感覚なんじゃないかなと思って。」(A2)

しかし、こうした共感 PSW が感じとったものに過ぎない。彼らが本当にそのように思ったり感じたりしているのか、本人に直接確認を取る必要がある。そこで PSW は、彼らに自分の【本音を伝える】ことで思いのすり合わせを行っていた。

④ 本音を伝える

PSW は、長期入院者の悩みや揺れに寄り添うとともに、【つきあい】を通して築いた信頼関係を基盤にして専門職の視点から自らの【本音を伝える】ようにしていた。

PSW は、「私は、こう思うよって言うのはありますね。」(D1)、「僕は、こう思うけどどうだいって言うことは必ず本人にも確認します。」(E1) というように自分の考えを彼らに伝え、思いの確認を行っていた。時に本人と PSW の思いが相容れないこともあった。ある PSW は、本人の希望に沿う形で実家に退院したものの、家族との関係がうまくいかず再入院した人に対して、「実家は厳しいかもねって話は何回かしたような、じゃあこれからどうするっていうお話をした。」(G1) というように自らの考えを本人に伝えていた。他の PSW も本人に本音を伝えた上で、ともに考える姿勢を示していた。

「退院大丈夫できるからねって。でもそのためには、そう一回話したのは、そのためには、まずはちゃんと生活、下宿戻っても生活ができるようにならなきゃダメだっていう話をしていて、お薬を自分でちゃんと飲めることだとか、ご飯をきちんと食べれることだとか、夜しっかり寝れることだとか。そういうのがないと、帰って来てもまた入院でしんどくなるよっていう話をしたことはあるかなと思う。」(C)

PSW は、退院に向けて彼らとともに歩みを進めるなかで、彼らのことを信頼して「(本音を) 伝えられるようには多分なってるんだろうな。」(E2) と思うようになり、『自分の思いや考えを素直に長期入院者に伝える』ようにしていた。

⑤ 一緒に考える

PSW は、長期入院者の悩みや揺れに寄り添うだけでなく、彼らのことを信頼して自分の本音を伝えて、『退院に向けてやるべきことを長期入院者とともに検討する』ようになっていた。

援助者側が、退院に向けて全ての準備のお膳立てをするのではなく、時間や手間がかかっても、「そのために今こうしようとか、こうしていきましようかっていう手立てを考えていく。」(D1)、「じゃあこれからどうするっていうお話をしたと思います。」(G1) というように、必ず彼らと【一緒に考える】ことを大切にしていた。

「退院のその前には会議開いて、支援体制の確認というか、みんなこういう感じで退院の後を応援するよっていうことを本人にも伝えて、退院っていう形になりました。」(A2)

この圏域の PSW たちは、本人抜きでの関係者会議を行って方針を決めるのではなく、本人を入れたケア会議を開催し、本人とともに退院後の支援体制を確認するように努めていた。PSW たちは、彼らの自己決定する力を信じているが故に、一方的に援助の枠組みを決めるのではなく、本人も交えたケア会議のなかで、本人とともに住まいや援助のあり方を決めるようにしていた。

⑥ 腹をくくる

長期入院者と＜共に悩む＞というプロセスを歩んだ PSW は、一緒に考えるなかで明らかとなった『長期入院者の思いを受けとめ、退院後もつながり続けることを決心する』ようになっていた。

退院後の生活は、楽しく希望に満ち溢れたものばかりではない。退院前からある程度のリスクが想定されることもあった。ある PSW は、家族関係に問題があるにもかかわらず実家への退院を希望する人の退院支援において、「本人の希望、願いを叶えたいっていう思い」(G1) で、病院から 90 km 離れた実家に片道 2 時間以上かけて訪問し続ける覚悟を決めていた。この PSW に限らず、この圏域の PSW たちは、退院後に起こりうる事態に対して、報酬が発生しなかったり負担が大きかったりしてもつながり続けると【腹をくくる】ようになっていた。

「本人の安心にもつながるかなあと思うので、つながるようにはしてます。」(A1)

「見捨てはしないです。見捨てはしない。」(C)

こうした PSW の決意が彼らに伝わる時、不安を抱えつつ退院という道を選び取る彼らを何らかの形で支えることになる。

⑦ 退院を諦めない

退院後もつながり続けると「腹をくくる」ようになった PSW は、『長期入院者の思いを大切に、たとえ困難があっても退院を絶対に諦めない』と思うようになっていた。

ある PSW 「退院することがあったら奇跡だな。」(A1) と思っていた長期入院者が退院した経験を通して、「退院を諦めない」で支援を続けることの意味を実感していた。他の PSW も、退院が難しいと思った方が退院したことを契機に、長期入院者の退院を諦めないと心に決めるようになっていた。

「この方たちを死亡退院させないためには、やっぱりそこ（諦めないこと）が一番重要なと思う。」(A1)

こうした決意をした PSW は、「1 回ダメだった（再入院した）としても諦めない。」(B1) ようになり、再入院したとしても、また退院すればいいと考えるようになっていた。こうした PSW の捉え方は、「同じ高齢者下宿がたまたま空いていて、そこの方たちもその方だったらまたいっしょにやりたいって言っていただけて。」(B1)、「病院からは、よくなると先生も『もう 1 回やったらいい』っていうチャレンジ精神じゃないですけど。」(B1) と考える他の援助者との交互作用により強化されていた。

このように捉え方が変化した PSW は、受け皿条件が整わないこと（グループホームに空室がないなど）や本人の生活能力を理由にして退院を諦めることはなく、「(退院できない人は) いないんじゃないですかね。」(A1) と考えるようになっていた。そして、「少しでも 1 パーセント、2 パーセント可能性ある退院、そこは何とかそこから突破口は何かきっかけを開いて、退院できる人は退院して欲しいなというところはある。」(G2) という自ら

のミッションを感じとるようになっていた。

⑧ つながり続けると伝える

退院後も【つながり】続けると腹をくくり、退院を諦めなくなった PSW は、『退院に不安を抱える長期入院者に、退院支援後もつながり続けると伝える』ようにしていた。

長期入院者の多くは、退院を待ちわびていたにもかかわらず、専門職から援助をしてもらえず放置された経験を積み重ねていた。長い人では、数十年にわたって専門職から見捨てられ続けた経験をもっているために、「退院を意識するようになってから、たいていみんな聞いてくるんですよ。退院後にどうせ1人なんでしょとか。」(A1) と口にする人もいた。こうした彼らの専門職に対する強い不信と地域生活への不安に対して、PSW は以下のように伝えて、その不安を解消するように努めていた。

「退院した後もこういうことしようねとか。これはやってこうねとか。」(A1)

「私多分いるから大丈夫だよみたいな。」(A1)

このように PSW は、退院した後に一緒に行くことや自分がいることを伝えることで、つながり続ける覚悟を彼らに示していた。なかには、「昔は、保証人いなくて、部屋借りられないんだっていう人の保証人もやったことがありますし、もちろん自宅の電話番号も教えたこともありますし、教えてる方もいますし。」(G1) と、個人的にも【つながり続けると伝える】ことを示すことで、彼らの退院への不安を受けとめていた。

退院後の生活に不安を感じる長期入院者が退院を決意するためには、退院後に起こりうる自分の手に余る事態に対して PSW に援助を託すことができると信じられることが必要である。そのため、PSW は退院後もつながり続ける＜覚悟を伝える＞ことで、不安を抱える彼らが、最後の一步踏み出せるように後押ししていた。

⑨ 様子を見に行く

長期入院から退院した直後は、久しぶりの地域生活で困ったり悩んだり戸惑ったりすることが少なくない。そうした時に＜支援を続ける＞と約束した PSW は、地域定着支援などを使って『退院後に自宅を訪問して本人の様子を知る』ように努めていた。

「退院してすぐは、結構緊急対応が多かったりするんですよね。なんかよくわかんないけど歩けなくなった、薬を飲みすぎただのっていう時に行くようにしています。」(A1)

「やっぱり自宅に訪問すると、お姉さんとの関係悪いです。」(G1)

このように、彼らの【様子を見に行く】と、服薬や人間関係などの問題が生じていることもある。PSWは、そうした問題への不安や心配などに耳を傾けていた。一方でPSWは、自宅訪問を通して彼らが地域生活に馴染みつつあることも実感し、病院では見ることができなかった彼らの一面に触れるようになっていた。

「病室ではない、本人なりの色が出ているお家に行くと、そういう物を置いてあるんだとか。」(D1)

「ほんとにお墓参りとか、新しいそういう、本来だったらやりたかったであろうそういう日常が味わえてるので、すごい喜んでたりとか。」(B2)

退院直後は、頻回に訪問するが、本人の様子に合わせて徐々に訪問頻度は低くなっていく。「2週に1回になって、他の仕事の方もあったりとかで月1になるって言って、本人はそれをすごい何かすごい最初は『えー』みたいな感じで言うんですけど、でも逆に何か、したらしたでうまくそれで馴染んでるといえるか。」(A1)というように徐々に間隔は訪問間隔を長くしていた。しかし、全く訪問しなくなることはなく、「こっちもだから適当に顔覗いて、最近遅いねとか来なかったねとか言われたこともあるけど。」(F)という感じでつながり続けていた。

⑩ 見守る

退院後も訪問を続けるPSWは、長期入院者の力を信じ、すぐに介入をするのではなく、『本人の選択を傍らにいて見守る』ようにしていた。彼らにとって地域生活とは、入院中には経験できなかった様々な出来事に直面することでもあった。

「本人は、今はもう働きたいってことで、頑張ってるんですね。けども、時々ふらふらとやっぱり働くのは無理だとかねってということで、僕は否定も肯定もしない。」(G1)

このように PSW は、彼らの思いに耳を傾けて、彼らが自己決定できるように【見守る】ことを大切にしていた。もし「失敗して、みんな（他の支援者）に（きつく）言われたとしても、見捨てはしないです。」と、彼らの傍らにいて、その選択の結果を【見守る】ようにしていた。本人の様子を見て、介入したい気持ちになることもあったが、「例えば入院のタイミングをこっちが決めるとか、これできないから、このサービスを入れるとか、その辺のところが、こっちが決めることじゃなくて彼女が決めることをサポートするっていうのは忘れないようにしないと。」(A2) 考えて、彼らの自己決定する力を信用して傍らにいて【見守る】ことに徹していた。

⑪ 直接支援を行う

PSW は、彼らの生き方を【見守る】だけでなく、必要に応じて『本人の相談に乗ったり地域生活の手伝いをしたりする』こともあった。相談内容は、お金のやりくり、恋愛問題、人間関係などと幅広いものであった。こうした相談は、地域で生活するようになったために経験できるようになった苦労でもあった。

「その日常的なお金のやり繰りのところですね、仕分けの部分は一番最初こちらのほうで、あの、ご本人と家賃がいくらで、その他にどれにいくらという最低限かかる生活費の振り分けをいっしょに計算したり。」(C)

「どうも旦那さんがいるんだか彼氏がいるんだかで、ダメじゃんそんなのとかって。やっぱりダメだよって。」(C)

「(母親の) 主治医の先生から電話が来ちゃって、ひじょうにパニックになって困った彼は、電話してきてくれたんですね。で、どうしようどうしようって言うから、今行くからちょっと待ってなって言って、まあ行って。彼といっしょに、その病院に行って、もうお母さん亡くなっている。」(C)

長期入院者のなかには、入院していた間に、家族や友人などからの関係性が乏しくなり、関係性に基づく援助を受けられなくなった人も多い。そうした彼らにとり、【つながり】続けることを示してくれた PSW の存在は大きい。PSW は、関係性に基づく援助の替わりや補完として家族ではないものの、彼らに近い存在として傍らに続ける。そして、彼らから自分ではできないことについて頼まれれば【直接支援を行う】ようにしていた。

⑫ サービス調整する

PSW は、本人の希望があれば『本人と相談して必要なサービスの調整を行う』ようにしていた。この圏域の PSW は、デイケアや訪問看護、グループホームなどのフォーマルサービスの利用を退院の条件とはしていなかった。退院前には、本人が望む必要最低限のフォーマルサービスだけ調整しておき、地域生活を送るなかで、本人から相談があった段階で、改めて【サービス調整する】ようにしていた。

「そこはちゃんとかかわりをもちながら、援護寮も落ち着いたら、日中活動どうしたんだったかな、デイケア使ったんだったかな、ちょっとごめんなさい。とりあえず住むところは、じゃあ、そこ終わった後は、援護寮の後どうするっていうことも相談しながらやっていって。」(G1)

「やっぱり下宿の中、退屈だし、おしゃべりする人もいないみたいなことで、じゃあ生活介護も1日増やせるかどうか聞いてみるかという事で。」(G3)

長期入院者の退院支援では、援助者たちの不安から、彼らの生活をフォーマルサービスで固めることが少なくない。こうした考えをもつ援助者は、長期入院者とのつきあいが不十分で、彼らの欠陥にしか目が向かない。そのため、その課題に対応するためにフォーマルサービスが必要という考えに行きつく。その結果、グループホームなどの受け皿が整わないから退院支援ができないという諦めの心境に至る。「受け皿条件が整わない」というフレーズは、援助者が退院支援をしないことの免罪符として機能してきた。

一方、十勝圏域の PSW は、【つきあい】を通して彼らのストレングスに気づいているとともに退院後も継続して【つながり】続けると決意しているため、本人が困った時点で介入すればいいと考えており、無駄な予期不安を感じることはなかった。PSW たちは、資

源がないと嘆くのではなく、目の前にいる本人たちの思いに叶えるために、臨機応変にフォーマル・インフォーマルは問わずに使えるものを活用し、不要なものは取り除きながら＜支援を続ける＞ようにしていた。

3)【つながり続ける「かかわり」】(第3段階)

本人が地域生活に慣れ、彼らに対して、PSWが【大丈夫という信頼感】を抱くようになると、業務としての退院支援は終了する。下宿やアパートなどに退院し、フォーマルなサービスを利用しない場合は、計画相談支援の必要もなく、この時点で「援助する者－される者」関係は成り立たなくなる。しかし、PSWは、契約終了と共に一切の関係を切るようなことはしない。「僕はやっぱり一度出会った方、関係性というか、支援をされた方については、じゃあこれで終わりねっていう明確なことはあんまり言わない。」(G1)というように彼らの人生にかかわった者として、彼らと【つながり続ける】ようにしていた。

相談支援専門員としての業務ではないため、本人と会う頻度は少なくなるが、時々お互いに顔を見せたり、電話をしたりして【つながり続ける】ようにしていた。両者はお互いの存在を気かけながら生活し、「ほんと最近は年に何回かなんで、ああしばらくみたいな感じなんでしょうけど、多分忘れられてはいないんだろうなと思ってます。」(E1)という【つながっている感覚】をもち続け【つながり】を保ち続けていた。

この「援助する者－される者」ではない関係においては、再び「人」としてのPSWが前景に表れてくる。しかし、彼らに生活上の困難や病状の悪化などの危機が訪れれば、PSWは【つながっている感覚】をつたって援助を再開していた。彼らが再入院し、再び退院支援が必要になれば、「変な話そんなに密で会わなくても、なんかわかる。」(B1)という関係性を基盤に、再び退院に向けて協働のプロセスを辿り始めるようになっていた。このプロセスを繰り返すなかで、両者の関係性は、より深く濃くお互いを支える力へと成長していった。

① 大丈夫という信頼感

地域定着支援には、1年という利用期限がある。必要に応じて延長することは可能であるが、援助の必要性がなくなれば、地域定着支援を使つての援助はできなくなる。また、計画相談支援が必要な場合は、引き続き担当することもあるが、地域移行支援の担当者が継続して担当しないこともある。本人たちが地域生活に徐々に慣れ、PSWが彼らに対し

て「大丈夫という信頼感」をもつようになると業務としての援助は終了していた。

「SOS 出す時はちゃんと電話来るし。もし本人 SOS 出せなかったら下宿の方から多分電話来るしっていうので。」(A2)

「自分の部屋なので、これをクッション買って見たとか、服薬カレンダーも入れること自体が面倒くさいからもう入れないとか、それでも自分でちゃんと飲めてたりとか。」(A2)

彼らができないことについては相談し、できることは自分で工夫して対処できるようになると、PSW は『長期入院者を信頼して支援がなくても大丈夫と思うようになる』。そして、契約に基づく援助は終結になる。終結は、PSW が一方的に決めるのではなく、「ちょっと提案してみたら彼女のほうはそこまで大丈夫そうだなと思ったので、引いてみてっていう形ですね」(A2) というように、本人と話し合うなかで決定していた。そして、これ以降は、両者は「人と人」のように見える関係性で【つながり】続けていた。

② つながり続ける

下宿やアパートなどに退院し、障害福祉サービスを利用しない場合は、計画相談支援の必要がなく、この時点で「援助する者－される者」関係は成り立たなくなる。しかし、PSW は、契約終了とともに一切の関係を切るようなことはしていなかった。契約に基づく援助ではないので、頻繁に訪問する訳ではないが、以下のように彼らと【つながり続ける】ようにしていた。

「今でも年に何回かは季節の変わり目ごとにお訪ねするっていうような関係は今でも続いています。」(E1)

「あんまりしょっちゅう行っても、そんなに状況変わんないし。時々、ほんとに2か月とか3か月にいっぺん顔見に行ってみたり。そこでの本人との話で、じゃあ来月来るわとか、まあじゃあまたしばらくしたら来るわとか。そんな緩い感じで。」(C)

また、「あそこのグループホームに彼以外に何人か担当してる人がいるんで、行った時

にはちょっとこう顔出したりとかっていうことはしています。」(G2) というように、近くに行ったときに、ちょっと顔を見に行っていた。また、スーパーマーケットなどで市民同士として顔を合わせることもあった。

既に援助契約は終結しているため、両者の関係は「援助する者－される者」ではない。PSW は、「たまにそういうくだらない話ができる相手って大事じゃないかなと思います。」(A1) というように「援助者」ではなく、「人」としての面を前面に押し出して、彼らと【つながり】続けていた。そして、「僕はやっぱり一度出会った方、関係性というか、支援をされた方については、じゃあこれで終わりねっていう明確なことはあんまり言わない。」(G1)、「終了は終了であるのかもわかんないですけども、そこはあんまり仮というか、気にしないというか。」(G1) というように、彼らの人生にかかわった者として、『援助契約が終結した後もつながり続ける』ことを大切にしていた。

③ つながっている感覚

PSW は、「かわり」のプロセスをともにするなかで、元長期入院者と『援助契約の終結後も精神的なつながりを感じ続けるようになる』。退院支援をしていたときと比べると、彼らと直接会う機会は少なくなり、日々の生活のなかで彼らを思い出すことも少なくなっていた。しかし、PSW たちは、密に会わなくなったとしても彼らと【つながっている感覚】をもち続けていた。

「ほんと最近は年に何回かなんで、ああしばらくみたいな感じなんでしょうけど、多分忘れられてはいないんだろうなと思ってます。」(E1)

「時々電話かかってきて、また出ると、ああ、あの人はあの時のあの人ねみたいなことで、また思い出すことってというのはあるんで。このサービス終わったから、じゃあ終了ねみたいなこと、流れ作業的なものではないということだと思いますね。関係性というのはきっと細くても、きつとつながってんじゃないかなっていうふうな思いはきっとありますね。」(G1)

久々に会ったとき、「行ったら『来たの』ってなるんで。『来たよ』ってなりますね。」(E1)、「ああ来たのっていう感じで、入れてはくれるんで。来なくていいよとは言われた

ことはないです。」(E2)と彼らも PSW のことを迎え入れてくれていた。そして、「いや昔こうでしたよねとか。音楽でいうとこれ好きだったよねとか。」(B1) というように昔話に花を咲かすこともあった。

両者の間には、「何か本人とワーカーが何かいっしょにこう乗り越えて、連帯感じゃないけども、じゃあまたここから頑張っていこうね、みたいなところっていう気持ちはきつとね、芽生えるんだろうと思います。」(G2) という関係性があり、それは「多分何年途切れてもその信頼関係って揺るがないかなと思う。」(A1) ものであった。PSW は「きっと全くもって無関係な感じではない。」(A2) というように、彼らと【つながっている感覚】をもち続け、その【つながり】を保ち続けていた。

この関係性では、再び PSW の「人」としての面が前景に出てくる。しかし、元長期入院者に生活上の困難や病状の悪化などの危機が訪れれば、PSW は、その【つながっている感覚】をつたい、再び援助者としての面を前面に出して援助を再開していた。彼らが再入院して、再び退院支援が始まると、PSW は彼らとしばらく会っていなくても、「変な話そんなに密で会わなくても、なんかわかる。」(B1) という関係性を基盤に再び退院に向けて協働のプロセスを辿り始めていた。このプロセスを繰り返すなかで、両者の関係性は、より深く濃くお互いを支える力へと成長していった。

第3節 まとめ

1. 本研究のオリジナリティ

長期入院者の退院支援における PSW の「かかわり」のプロセスは、PSW が退院支援という自分の都合（業務）を横におき、「ごく普通のつきあい」（谷中・早川 1977；谷中 1995）を通して、長期入院者に「人」として信用してもらい、退院という共通の関心事（目標）に向けてパートナーとして協働する。退院という共通の関心事がなくなり、「援助する者—される者」の関係が成り立たなくなった後も、何らかの形で「人」としてつながり続けるというものであった。

この結果は、これまで実践知として語られることが多かった PSW の「かかわり」のプロセスを実証的に示したものである。その意義について以下に述べる。

第一に PSW の「かかわり」は、常に同じ関係性が継続されている訳ではないことを示すことができたと考える。第1段階では、長期入院者は、援助者を信じきれない状態にあ

る。この状況で PSW は「退院」という共通の関心事に基づいた援助関係を築けないため、自分の言動が相手のゲシュタルトにどう位置づけられているかを知ること（坪上 1998 : 283）が必要である。そのため、PSW は、退院支援という自らの都合を横におき、ごく普通のつきあいから始め、「人」としての面を開示することで、「人」として信用してもらい、彼らの本音を聴かせてもらっていた。第 2 段階に入ると、「退院」が共通の関心事となるため、「援助者」である PSW は、その課題解決に向けたパートナーとして彼らと協働していた。この関係を形成するためには、PSW が彼らに対してつながり続ける＜覚悟を伝える＞ことが重要である。それにより本人たちも覚悟を決め、退院への最後の一步を踏み出していた。第 3 段階では、「退院」という課題がなくなるため「援助する者－される者」の関係は成立しない。そのため PSW は、「援助者」としての面を後方に下げてつながり続けていた。しかし、彼らに危機が訪れれば、両者は再び「援助する者－される者」の関係に戻っていた。このように PSW は、場面毎に自らの「人」としての面と「援助者」として面を入れ替えながら関係を積み重ねていくことを、PSW の「かかわり」と捉えていると考えられた。この結果は、「かかわり」は、「同じ一人のクライアントでも、援助の時期によって適切な関わり方は変化することが多い」（尾崎 1997 : 48）という尾崎の指摘を実証的に示すことができたと考える。

第二に PSW の「かかわり」における【つきあい】とは、長期入院者との二者関係において PSW が専門職主導の支援を手放すことを相手に示す行為である。PSW は、長期入院者のゲシュタルトに位置づけられている援助者としての側面を一旦横におく。そして、PSW は、彼らとの【つきあい】のなかで自己開示し、彼らから知ることを許され、彼らの退院への原動力や退院への希望といった「相手の生活にとって不可欠必須なものを感得する」（坪上 1988 : 191-2）ようになっていた。このように【つきあい】が本人意向や本人のペースを尊重した退院支援を可能にするのであった。PSW がクライアントを変えるのではなく、PSW が先に変わることで、クライアントも変わり、両者の関係性が変化していく（坪上 1998 : 152-4）という坪上の援助関係論の一部を、このプロセスにより表現できたと考える。

第三に PSW の【つながり】の実践上の意味を示すことができたと考える。稲沢は、援助関係が成立しない援助の限界点において逃げだせる者である援助者が逃げださずにクライアントと無力さを共有することの意味を「人は人のかたわらにいて、あるいは、かたわらにいただけだからこそ、人を支えることができることもある。」（稲沢 2002 : 194）と述

べている。長期入院者は、国策のミスや民間病院の経営という他者の都合により、大切な人との関係や時間、経験するはずであった機会などを奪い取られてきた。この不幸な現実には、退院したとしても変えることはできない。この不条理な現実におかれた彼らを前にして、PSW が逃げださず、ともにその現実に向き合うことで、彼らを支えていると考える。「ある程度年齢重ねてきて、また出会うことって時々あるんですよ。だからそういう意味で、僕はやっぱりその関係性は大事にしたいと思ってて。今も、忘れた頃に電話かかってくる方がいるとか、それはきっとあると思うんでね。終了は終了であるのかもわかんないですけども、そこはあんまり仮というか、気にしないというか。」(G1) という PSW の語りからも、細いかもしれないが、濃く強い【つながり】が、何らかの形で彼らを支えていることが示唆された。

第四に長期入院者の退院支援における「かかわり」とは、選択する機会を奪われ続けた彼らに小さな自己決定を積み重ねる機会を保障するプロセスであるということを示すことができたと考える。まず PSW は〔退院意欲の確認〕を行う段階で、援助者の都合を横におき、本人の意向に沿って援助を始めていた。〔外出する〕場面では、彼ら自身に外出先を決めてもらうとともに、そこでの楽しい時間を共有することで、自分の生活を自分でコントロールする心地よさを感じてもらえるようにしていた。＜具体的な退院支援＞の場面では、自分で住まいや家具などを探して選ぶという小さな自己決定を積み重ねていた。退院後の支援体制についても、本人を入れたケア会議のなかで本人に選択してもらうことを意識していた。そして、その選択により何か起きたとしても「見捨てはしない。」(C) という＜覚悟を伝える＞ことで、彼らが不安を抱えながらも退院への一歩を踏み出せるように後押ししていた。退院後に彼らの生活に困難が生じた際には、彼らの力を信用して、すぐに介入するのではなく、〔見守る〕ことを大切にしていた。本人からできないことについて頼まれてから本人にサービスを選択してもらい、改めて〔サービスを調整する〕ようにしていた。このように PSW は、長期入院者の希望を叶えるという小さな自己決定する機会を積み重ねて、彼らとの「かかわり」を形成していた。この結果は「かかわりのなかで相互に成長しながら自己決定というものを育てていく。」(柏木 2010 : 56) という柏木の「かかわり」論の一部を実証的に示すことができたと考える。

十勝圏域の PSW たちは、全国的に稀有な実績を有しているが、特別な援助スキルを習得している訳ではない。「援助者」であり「人」である PSW が、所属機関の理解の下、時間をやりくりしながら、同じ「人」である彼らと障害者総合支援法に規定された業務の枠

を超えて【つながり】続けるだけである。そして、この【つながり】が、PSWに「少しでも1%、2%でも可能性ある退院を、そこは何とか、そこから突破口は何か、きっかけを開いて、退院できる人は退院して欲しいな。」(G2)という想いを抱かせ、次の退院支援へと向かわせる。お互いに【つながり】続けることにより、十勝圏域の実践は日々前に進んでいると考えられる。

2. 研究の限界と課題

本研究は、長期入院者の退院支援における十勝圏域の相談支援事業所 PSW の「かかわり」のプロセスについて継続的比較分析を行い、小さな理論的飽和化を行ったものであり、一定の収束感を得ている。

十勝圏域の実践は、ベストプラクティスのひとつとして評価される一方で、優れたリーダーがいるから、あるいは国公立病院が多いからという理由を挙げて特別なケースとして捉えられ、地元で退院支援できないことの免罪符にされることがある。

しかし、本研究で明らかにした十勝圏域の相談支援事業所に勤務する PSW の「かかわり」は、地域移行支援を担う相談支援専門員に広く適用される可能性のある理論である。そのため、応用者である地域移行支援を担う相談支援専門員による本研究結果の検証が必要になる。

また、本調査の結果は、援助者である相談支援専門員から見た「かかわり」のプロセスであった。「かかわり」は相互主体的な関係であり、もう一方の主体である長期入院者の視点からこのプロセスを検証することが必要である。

第5章 一緒に行くことを通して退院に至る相談支援専門員との「かかわり」—元長期入院者へのインタビュー調査から—

第1節 研究目的

研究の第1段階(第3章)では、地域移行支援の算定事業者の多い地域(4つの都道府県)に所在する253カ所の事業者に勤務する相談支援専門員のうち、地域移行支援を担当した経験を有する者を対象に、郵送法による質問紙調査を実施した。探索的因子分析により、「相談を受ける」、「一緒に行く」、「本音を聴く」、「つながり続ける」の4因子を抽出し、その上で、その4因子を潜在変数として共分散構造分析を行った。その結果、相談支援専門員は「一緒に行く」ことを中心に「かかわり」を展開すること、「一緒に行く」ことが、長期入院者の退院によい影響を与えることを示した。

研究の第2段階(第4章)では、長期入院者の退院支援において実績のある圏域の相談援助事業所PSWを対象に、退院支援における「かかわり」に関するインタビュー調査を実施した。その結果、PSWは、長期入院者との【つきあい】を通して「人」として信頼されることで「専門職」としての援助が可能になり、援助終了後は再び「人」として【つながり】続けるという「かかわり」のプロセスが示唆された。

「かかわり」は「相互主体的な関係」(柏木 2002: 38)である。しかし、筆者が行った2つの調査は、援助者側である相談支援専門員やPSWの視点から「かかわり」を明らかにしたものである。

そのため、本研究では、もう一方の主体である長期入院者¹⁵に対してインタビュー調査を実施し、量的調査において、長期入院者の退院に影響力が認められた相談支援専門員と長期入院者が、退院に向けて「一緒に行く」ことについての意味を長期入院者本人の言葉から明らかにすることを目的とする。

第2節 研究方法

1. 調査協力者

¹⁵ インタビュー時点では、既に退院しているため「元長期入院者」であるが、「元長期入院者」と「長期入院者」という表現が混在すると読みにくくなるため、本論文では、「長期入院者」という表記で統一する。

第2段階の調査を実施した十勝圏域の相談支援専門員（全員、精神保健福祉士）の地域移行支援を利用して退院した元長期入院者5名を対象に半構造化インタビューを実施した。地域移行支援の利用者（原則、入院期間1年以上）を調査対象とするのは、2012（平成24）年度より障害者自立支援法（現、障害者総合支援法）において、病院等からの退院支援が「地域移行支援」として個別給付化され、指定一般相談援助事業者の相談支援専門員が担うと規定されたからである。調査協力者は男性4名、女性1名、年齢は20代～60代、最も長い入院期間は1年～16年で、いずれの人も複数回の入院経験をもっていた。

表 6.1 調査協力者一覧

ID	年齢	性別	最も長かった入院期間	入院回数	備考
A	60代	女性	約7年	8回	記録で確認できる入院が8回、本人は10回以上と語っていた。
B	60代	男性	約10年	5回	
C	20代	男性	約1年	3回	
D	60代	男性	約8年	22回	
E	50代	男性	約16年	4回	4回以外に、現在もECT治療のための定期的な短期入院を繰り返している。

2. 実施方法

インタビュー調査は、2016年9月～2020年3月にかけて3回に分けて実施した。インタビュー時間は、1人につき22分～124分であった。事前にインタビューガイドを作成し、それに基づき半構造化インタビューを実施した。インタビューは、調査協力者の自宅で、調査協力者への地域移行支援を担当した相談支援専門員も同席してもらい実施している。インタビュー内容は、相談支援専門員との「かかわり」について自由に語っていただいた。インタビューは、調査協力者の許可を得て、ICレコーダーに録音した。

3. 分析方法

本調査では、第3章、第4章で示した相談支援専門員の「かかわり」に関する仮説と理論を、もう一方の当事者である元長期入院者の視点から確認することを目的とする。実際に相談支援専門員の「かかわり」が長期入院者に与えた影響を具体的に示すため、本調査では、

事例研究法を用いることとした。

Stake は、事例研究法を以下の 3 類型に整理している。第一の「個性的探索的な事例研究」は、終始一貫してある特殊な事例をより深く理解したいと思い着手した場合の研究法である。第二の「手段的な事例研究」は、主としてある問題に関する洞察を示すために、あるいは一般化を導くために、特殊な事例が研究されるものである。第三の「集合的な事例研究」では、現象や母集団や一般的状況を研究するために多くの事例を研究する研究法であり、拡大された手段的研究である (Stake=2006 : 103-5)。本調査は、退院場面における長期入院者と相談支援専門員の「かかわり」を明らかにすることを目的として複数事例を分析するため、「集合的な事例研究」に該当する。

事例研究法では、定型化されたデータ分析方法は提示されておらず、他の質的研究法による分析方法が提示されている (Stake=2006 : 113 ; Flick=2011 : 164)。本調査では、木下の事例研究 (木下 2009) を参考に分析を実施した。

木下は、修正版グラウンデッド・セオリー・アプローチ (以下、M-GTA) での分析を事例研究として記述する方法を示している。この方法は、M-GTA でまとめた結果を事例として取り上げることが研究目的に照らして効果的である場合 (併用型) と、M-GTA でまとめようとしたが、データの確認が不十分な場合などに用いられる。本研究では、5 事例のインタビューデータを分析するため、後者に該当する (木下 2009 : 36)。

分析方法は M-GTA と同様である。分析テーマと分析焦点者という 2 つの分析上の視点に照らして分析を進める。分析焦点者は「長期入院精神障害者」、分析テーマは「長期入院精神障害者が相談支援専門員と一緒にいることを通して退院に向かうプロセス」とした。その後、分析上の視点に照らして、データの関連箇所に着目し、分析ワークシートを用いて、最初の概念を生成した。その概念の定義に照らして、類似例と対極例の確認を繰り返しながら、概念の精緻化を行った。その後、生成した概念と他の概念との関係を検討し、複数の概念の関係からなるカテゴリーを生成し、カテゴリー相互の関係から分析結果をまとめた。分析の結果、16 の概念、1 つのサブカテゴリー、4 つのカテゴリーを生成した (図 6.1 参照)。

M-GTA を用いた事例研究では、分析結果を緩やかな骨組みとして位置づける。16 の概念、1 つのサブカテゴリー、4 つのカテゴリーを骨組みとしつつ、5 事例のうちの典型例を 1 つ挙げ、その事例について分析ワークシートの具体例 (ローデータ) を中心に挙げながら、その説明に概念や定義を記述した。

加えて、M-GTA では取り扱わない、調査協力者に特有の重要な部分も補充して記述した

(木下 2009 : 35-6)。以下、分析結果は、【カテゴリー】、＜サブカテゴリー＞、〔概念〕、「データ」を用いて説明する。

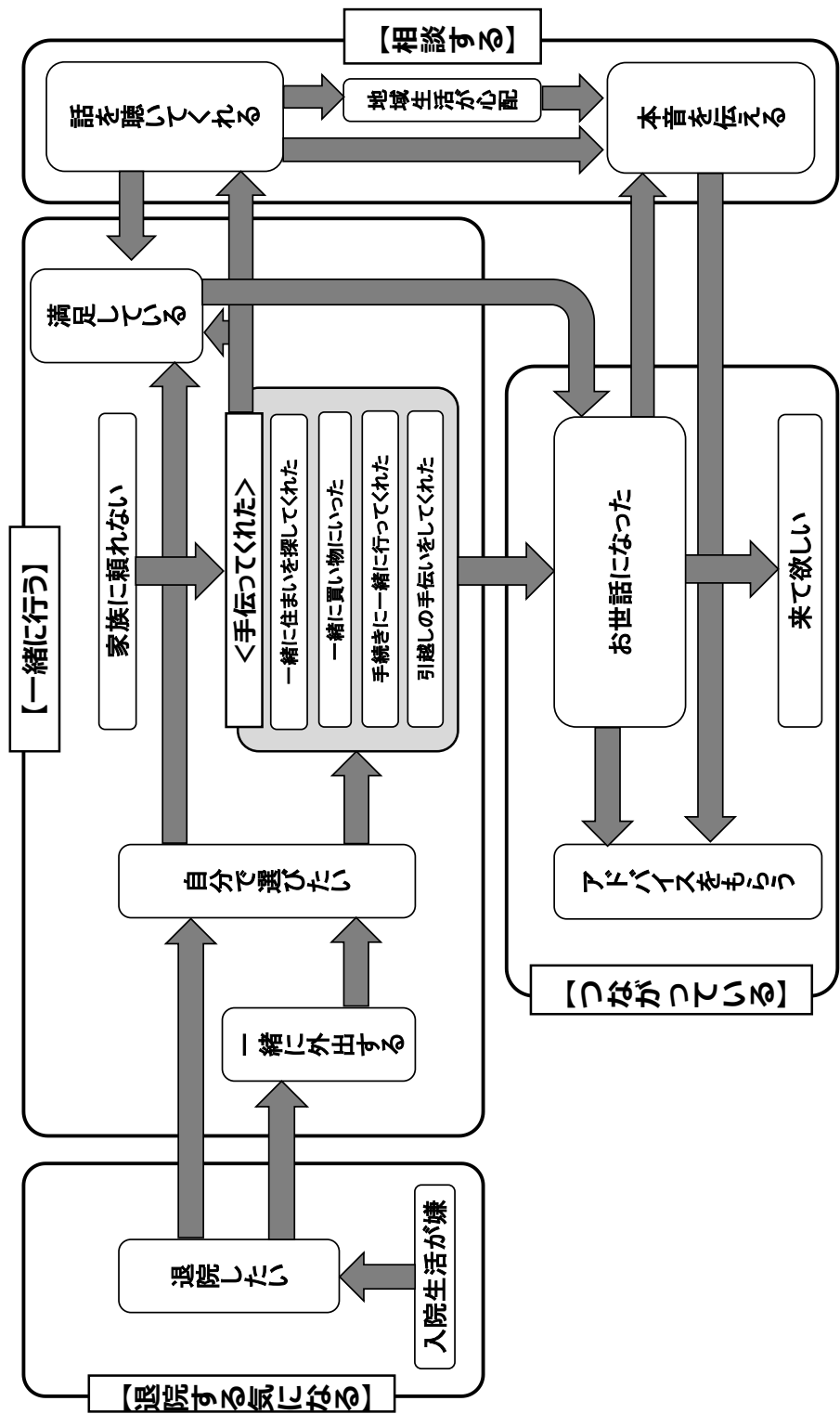


図 6.1 一緒に行くことを通して退院に至る相談支援専門員との「かかわり」

4. 倫理的配慮

インタビュー実施前に、調査協力者に対してインタビューに関する説明書と同意書を提示した上で説明を行い、書面にて調査協力への了解を得た。収集したデータ及び分析結果には細心の注意を払い、個人情報特定されないよう匿名化を徹底した。なお、本研究は、所属する東洋大学大学院福祉社会デザイン研究科研究等倫理委員会による承認（承認番号 H28-14S）を受け、実施している。

第3節 結果

1. 退院に向けて【一緒に行う】

A さん（60 代、女性）は、これまで圏域内の 3 か所の精神科病院で、10 回程度の入退院を繰り返しているが、その度に地域に戻って生活している。病院に対しては、「(病状が悪くなったら) 他どこがあるの。そんな酷くなったら。」と言うように、病気が悪くなったら行くところと捉えている。直近の入院は 1 年以上で、入院により住まいを失った。

本当は【入院生活が嫌】で「うん。(入院は) 全然したくないです。」と思っていた。「お金ね、ほんとうに 1 か月 1 週間にね、1000 円なんです、電話かけたり飲み物飲んだり 1000 円なんです、それその代が。それで過ごしているんです。そしてね、それ我慢して。」というように、お金を自由に使えない入院生活に不満もあった。

しかし、主治医から退院許可が出るまでは「具合が悪いからね。」と思い、退院したい気持ちを抑えていた。しかし、主治医から退院の話があると、「退院したいけど。」というように、【退院したい】という思いが強くなり、病院 PSW から紹介された地域移行支援を利用して病院から【退院する気になった】。

A さんは、【自分で選びたい】という気持ちが強い。「退院したいけど、居場所がなく困りました。」というように一番の困りごとは住まいであった。その問題解決に向けて「どこにしようかなと一緒に歩きました。ここにしようかどこにしようかなと思い、部屋探し 3 つ歩きました。」というように、相談支援専門員が【一緒に住まいを探してくれた】ことに感謝しつつも、自分を探した主体として位置づけていた。退院についても、「みんなで相談して退院しました。」と語っており、A さんが主体的に退院に取り組んだことを表している。

A さんは、もともと退院意欲が高かったため、退院に向けた動機づけとしての外出援助を

行う必要はなく、退院支援の早い時期から退院に向けた具体的な準備を行うようになった。A さんが入居した下宿（個室があり、食事は提供されるが、障害者総合援助法や介護援助法に基づく公的な福祉サービスではない）には、居室にテレビやエアコンが備え付きであり、洗濯機は共用のものがあるため、新たに家電を購入する必要はなかった。そのため、カーテンや懐中電灯（大きな地震の後に退院した）を購入するために、相談支援専門員と【一緒に買い物にいった】。

A さんにとり、退院に向けて大変なことのひとつが「引越し」の準備（退院に向けた荷造り）であった。退院のための荷造りや荷物運びは、手間も時間もかかり、体力も使うため、高齢になればなるほど、ひとりで行うには負担の多い作業である。退院準備は、家族が手伝ってくれることも多いが、家族がいなかったり、疎遠だったりして【家族に頼れない】場合もある。A さんも、離れて暮らす家族に手伝ってもらえず、相談支援専門員と病院 PSW が手伝った。

また、入院が長くなれば、荷物も多くなる。A さんの場合、入院時に家を引き払っていることもあるため、服など荷物も多くて「大変だった。」と語っていた。大変な A さんのために、相談支援専門員が時間を割き、一緒に荷造りをしたことにより、「きちきちしてくれました。●さん（相談支援専門員）。お世話になりました。」「かなり時間かかりました。お世話になりました。」と、【引越しの手伝いをしてくれた】相談支援専門員に対して、A さんは、とても感謝していた。

退院後、A さんは下宿に住み、計画相談、生活介護、訪問介護、訪問看護などを利用しながら単身生活を送っている。今の住まいについては、「いい所に、施設に、来てよかったと思います。ここがいい所。この場所が。壁も張り替えして。最初見た時はここが茶色いような汚い壁だったんです。それををはがして張り替えたの。見た、覚えてるもん。張り替えて入りました。」と言い、自分で選んだ住まいについて【満足している】と語っていた。

2. 相談支援専門員に【相談する】

【自分で選びたい】という思いの強い A さんは、相談支援専門員と時間をかけて数か所の物件を見学したことにより、気に入った 1 軒を見つけることができた。そして、退院に向けた準備を、相談支援専門員と【一緒に行く】ことで、「みんなで相談して退院しました。」というように主体的に【満足している】生活をつかみ取ったと考えられる。

ただし、A さんは、生活全般に満足しているわけではない。A さんは、カラオケや卓球が

好きである。「もうちょっとスポーツができる所が欲しいなと思うんだけどね。卓球もちょっとうまくなりたいしね。卓球部だったのでね。中学校卓球部3年間やりました。卓球やりたいです。」という希望もある。しかし、他の入居者に対する気づかいもあり、「みんなね、みんなうるさい、迷惑かけるからね、(下宿の中では) できないの。」と思ってしまう。また、「スポーツしたいのにだからといってわざわざ行くのも面倒くさいでしょ。バスに乗ってね。足悪いのにね。今度ほんとう足悪くなった。あたし。」というように卓球をできる場所に行くこと自体、身体的に負担となっている。カラオケも「歌いたいけど、歌うやつ(カラオケの機械)がないです。」と諦めている。病院と違い、地域生活の場では、そうしたレクリエーションのための備品が揃っているところは少ない。また、Aさんの希望につきあえるだけの時間的余裕のある援助者もない。

そのため、インタビューの中でも、相談支援専門員に対して、今の状況についての愚痴をこぼし、自らの**【本音を伝えていた】**。先日、Aさんは、担当ヘルパーと市内のスーパーマーケットの靴屋に長靴を買いに行ったが、お店の商品のなかに気に入ったものはなかった。結局ブルーの長靴を買ったものの、「靴買ったらいいけど、あんな靴履きたくないです。」と不満をこぼしていた。Aさんは、「上に着るジャケットにスカートに靴にとかって、同じ色で揃って履くの。」というように、本当は服の色と靴の色を揃えたコーディネートをしたかった。自分ひとりで買い物ができていた頃は、「ほんとうにね、気に入った靴買うにはね。ほんとう3軒ぐらい回ってました。」というように、市内にある数軒のお店を回って、気に入ったものを買っていた。

しかし、今は買い物に同行してくれる援助者に対して「考えちゃうよ、いっしょに行く人のことね。」と遠慮してしまい、1か所の店で選ぶようにしていた。そのため、「あれはあの靴はもう投げてしまった(使わないようにした) んですけどね。あれはね。残り物で買いました。残り物の靴。」というように、その店で売っている靴(残り物)の中からしか選べず、本当に気に入ったものを選ぶことができなかった。

また、今は傘を買いたいと思っているが、「本当は欲しいけど(生活介護のスタッフから) 要らないって。車乗るんだから要らないって。」と言われていた。生活介護スタッフは、事業所へは、送迎の車があり、ひとりで外出することもほとんどないため、傘は必要ないと考えていた。そのため、Aさんは「壊れてるけど。壊れてるけどそれを使ってるんです。」と壊れた傘で我慢していた。

このように Aさんは、現在の援助者に対しては遠慮もあり、自分の本音を十分に伝えら

れていなかった。しかし、今回久々に会った相談支援専門員に対しては、自分の感じていることを素直に話していた。

インタビューの中でも、Aさんは、相談支援専門員に対して「わかんないはっきりしてるんだよ。はっきりしてるのにわかんないんだよ。はっきり。わからないけど死んだっちゃうことはわかってるね。そのテレパシーっちゃうか、そういうのが多いんですね。どうしてだろう。テレパシー。怖ろしいよ。」というような話もしていた。Aさんは、そうした話を否定することなく、ただ【話を聴いてくれる】ので、相談支援専門員に対しては、感じていることを素直に語る事ができていた。

そうした話も否定せずに聴いてくれるので、相談支援専門員に対しては、「薬の調合はいろいろな悪いようなわかりません。」あるいは「おしっこに行くには歩けないんだよ、その辺（手すり）触らないと。トイレそこにあるのに。」というような生活のしづらさについて相談したり、「聞こえるのは病気かなと思ったり。病気と本当は一緒なの。」というように症状について相談したり、「これからどういうふうにして生きていきますか。」というような将来に向けての不安を語ったりと【本音で伝える】ことができていた。

3. 契約終了後も【つながっている】

Aさんは、退院に向けた準備を【一緒に行く】存在であった相談支援専門員には、担当を外れた後でも、自らの【本音を伝えて】、【相談する】ことができていた。Aさんの計画相談は、別の相談支援専門員が担当しているため、地域移行支援を担当した相談支援専門員と会う機会は減っていた。

しかし、相談支援専門員は、Aさんにとって退院に向けて＜手伝ってくれていた＞【お世話になった】人なので、「たまに」「その時に何か用事があった場合」には、【来て欲しい】と思っていた。インタビューの中で、もし可能であれば、地域移行支援を担当していた相談支援専門員に、傘の買い物につきあってもらいたいと語っていた。現在、計画相談を担当している訳ではないので、本来であれば外出に同行することは相談支援専門員の仕事ではない。しかし、Aさんは、今でも相談支援専門員と【つながっている】実感があり、「たまに」外出につきあって欲しいと思っていた。

第4節 考察

1. 【一緒に行く】ことで「関係に基づく援助」を補う

援助が必要となる以前の段階で自然発生的に取り結ばれる関係（例えば、家族関係や友人関係）にある人から受ける援助を「関係に基づく援助」（稲沢 2019：2）という。この関係は、特定の目的や課題に制限されないことが特徴である。福祉活動は、特定の目的や課題のために行うため、「関係性に基づく援助」と全く同一のものではない。しかし「関係に基づく援助」の替わりになったり、補ったりする役割を担う（稲沢 2019：4）。

長期入院者の多くは、長期入院により家族や友人との関係が希薄になっていることが多く、「関係に基づく援助」を受けにくい状況にある。そのため、「関係に基づく援助」を補うために、相談支援専門員による退院支援が必要な状況にあると考えられる。

Aさんは、インタビューの中で、現在の援助に対する愚痴のような話（気に入った長靴が買えなかったことや傘を買えないこと）を、相談支援専門員にこぼしていた。その愚痴に対して、相談支援専門員は、援助者側に立って、他の援助者の思いを代弁するようなことをせず、彼女の話を只々聴いていた。それゆえ、Aさんは、安心して愚痴をこぼすことができたと考えられる。

Aさんに愚痴をこぼせる家族や友人がいれば、相談支援専門員のような存在は必要ではないかもしれない。しかし、Aさんの場合、家族はいるものの、別の町に住んでいるため、**【家族に頼れない】**状況にあった。また卓球やカラオケをしたいという希望からも、そうしたことを一緒にしてくれる友人の少なさも示唆される。このように「関係に基づく援助」を受けられない状況にあった。

Aさん以外の調査協力者も、**【家族に頼れない】**状況にある人が多かった。Bさんは、過去に自殺未遂をしたため、兄が心配して入院継続を希望しているため、退院の件では頼りにくい状況にあった。Cさんは、父親が面会には来てくれるが、父親も障害者であり、一緒に暮らした経験もないため、たまに会いに来て、一緒に出かける以上のサポートを求めることはできなかった。Dさんは、家族が牧畜業のため、毎日牛の世話があり、3か月に1回程度の面会以上のサポートを求めることはできなかった。このように長期入院者は、様々な理由により、**【家族に頼れない】**状況にある人が多い。

こうした状況は、退院時の引越しの場面に象徴されていた。退院のための荷造りや荷物運びは、ひとりで行うには、身体的に負担の多い作業である。加えて、病院が「住みなれた世界」（早川・谷中 1984：148）であった長期入院者にとり、引越しというタイミングは新し

い環境への不安が高まる時期であり、誰かに頼りたい状況にあると考える。彼らからすれば、家族に頼りたい気持ちもあると思われるが、家族にも事情があり頼ることができなかった。

Aさんは、退院時に援助者が、引越しの荷造りを手伝ったことに対して、「お世話になりました。」と繰り返し感謝していた。Bさんも、退院日に「兄貴来れないっていうんだもんね。ちょっともう…。」という時に、相談支援専門員が荷物運びを手伝ったことに対して、「そうですね。ありがたかったですね。」と話していた。

こうした手伝いなどをするかかわり方を、尾崎は「お世話」（援助者がクライアントの抱える困難を理解し、クライアントを支持ないし保護しようとする関わり方）と名付けた。この「お世話」は、クライアントの不安や緊張を軽減するだけでなく、回復に伴う困難を克服する勇気やエネルギーを醸成する契機になる（尾崎 1997：57）。精神障害者は、ある環境ではできることが、異なる環境ではできなくなるというように環境因子の影響を受けやすく、生活上の変化を回避する姿勢が強まり、やればできるかもしれないことを行わなくなる傾向が生じる（白石 2019：10-5）。AさんもBさんも、相談支援専門員の「お世話」を活用して、生活上の変化を乗り越えたようであった。

このように長期入院者の退院支援では、「関係に基づく援助」を補うために、相談支援専門員が、引越しや買い物などの退院に向けた準備を【一緒に行う】ことが大切なのである。

2. 【一緒に行う】ことで「関係に基づく援助」の替わりを担う

長期入院者の退院支援では、公的な医療・福祉サービスを用いて「関係に基づく援助」を補う。しかし、どんなに多くの医療・福祉サービスを利用しても、「関係に基づく援助」を補いきれない部分もある。

公的な医療・福祉サービスを利用する場合、そこには、「援助する者－される者」から成る援助関係が形成される。援助関係では、援助される者は、自分の力だけでは否定的な現状を変えられないため、援助を受ける状況になっている。一方、援助者は、彼らの否定的な現状を変える方法を知る者であるため、相対的に彼らより力をもつことになる。その結果、両者の間には、傾斜のある力関係が生じるのである。

実際 A さんも、現在の援助者に対しては、自分の思いと異なる援助であっても受け入れていた。このことから推察すると、彼女は援助者に対して「援助してもらっている。」という思いがあり、自らの思いと違う援助でも、我慢をしていたように思われる。この時の両者の関係性では、援助者側が力をもつ傾斜のある力関係が生じているといえる。

彼女が自らの生活を維持するためには、たとえ傾斜がある力関係にあっても、その関係を受け入れざるを得ない状況があると言える。しかし、その関係性だけでは、彼女は常に援助される立場におかれ続けるのである。A さんには、傾斜のある力関係とは異なる関係性が必要であると考ええる。

本調査では、調査協力者に対して、相談支援専門員との「かかわり」の中で最も印象に残っていることを質問しているが、5 名中 3 名が、最も印象に残ったこととして、相談支援専門員と【一緒にいった】経験を挙げていた。

C さんは、20 歳の誕生日に、相談支援専門員がケーキを買ってきてくれて、お祝いしてくれたことを挙げていた。C さんは、両親ともに精神障害者であったため、乳児院や児童養護施設で育ってきた。C さんが 19 歳の時に、計画相談で出会った相談支援専門員が、彼の 20 歳の誕生日に「ケーキ買ってくれた。」ことを、10 年近く経った今でもうれしそうに語っていた。

D さんは、相談支援専門員が作業所の職員だった頃に、同じ作業所に通所していた。その頃、新年会で一緒にお酒を飲んだことを、最も印象に残ることとして挙げていた。病院に入院して、地域移行支援の担当者として相談支援専門員と久しぶりにあった時、昔一緒にお酒を飲んだり、しいたけを栽培したりしていて相談支援専門員のことをよく知っていたので、とても安心したと語っていた。

E さんは、退院支援で神社に一緒に行ったことを挙げていた。相談支援専門員は覚えていなかったが、E さんは、「●●神社」と答え、一緒に神社に行ったことを、最も印象に残っていることとして挙げていた。

また、B さんは、退院意欲がとても強く、最も印象に残っていることとしては、病院に相談支援専門員が通って来てくれたことを挙げていた。しかし、現在の希望としては「もっとみんなでね、どこか食いに行こうとかね、どこかカラオケに行こうとか、もっと増やしても良いんじゃないかな。」と語り、援助者と一緒に外食や外出することを希望していた。

これらの語りから、長期入院者は、相談支援専門員に対して専門的な援助だけを望んでいく訳ではなく、「雑用」を【一緒にいこう】ことを求めていると考えられる。【家族に頼れない】長期入院者の視点に立てば、一見「雑用」と思われるようなことを【一緒にいこう】ことが、「関係に基づく援助」の替わりを担う重要な援助であるということができる。

このことは、長期入院者が求める契約終了後の相談支援専門員との関係性からも示唆される。A さんは、インタビューの中で、契約終了後の相談支援専門員に対して、「何か用事

があった場合」に「たまに」来て欲しいと話していた。現在も計画相談で同じ相談支援専門員が担当している B さん以外の残り 3 名も、「時々は」相談支援専門員に来て欲しいと語っていた。

彼らと相談支援専門員は、職業的関係として出会っており、友人関係ではないため、相談支援専門員から「関係に基づく援助」を受けることはできない。しかし、契約終了後のつながりは、契約に基づいたものではないため、専門的な援助関係でもない。この「関係に基づく援助」における関係とも、「専門的な援助関係」とも異なる関係を、彼らは求めている。

家族に頼れず、「関係に基づく援助」を受けにくい彼らにとって、専門的な援助関係でも、友人関係でもなく、傾斜のある力関係でもない、元援助者との人と人との「かかわり」が重要な意味をもつことが示唆される。

3. 【一緒に行う】ことで自己決定する力が育つ

A さんは、インタビューの中で、「一緒に歩きました」「みんなで相談して退院しました」と語っており、援助者たちと何かを【一緒に行う】ことにより退院できたと位置づけていた。この発言からも、A さんの退院に至るプロセスでは、相談支援専門員たちと一緒に住まい探しをしたり、買い物をしたり、退院のための荷造りをしたりする「かかわり」が必要であったと考えられる。

相談支援専門員は、A さんと【一緒に行う】ために、彼女のペースを大切にしていた。住まい探しも「ここにしようかどこにしようかなと思い、部屋探し 3 つ歩きました。」というように、一緒に 3 か所見てから決めたことにより、「ここがいい所。この場所が。」という思いを、A さんは抱くことができたと考えられる。

A さん同様に住まいのなかった B さんも、相談支援専門員が「何回も病院に来てくれて、去年、一昨年、一昨々年の夏場から冬場にかけてずっと何回も何回も説明してくれたり、どういうところだとか、こういうとこだとか、いろんなところを紹介してくれたんですね。」と語っている。B さんは、自殺未遂により、身体障害もあり、車いすを使わなければ生活できない。バリアフリーの住宅を探さなければならない状況においても、相談支援専門員は、B さんの自己決定を誘導することなく、本人が納得するまで、何度も住まいを紹介し、一緒に考え続けていた。

クライアントの自己決定における「かかわり」の必要性については、柏木や尾崎が、以前から指摘してきた。柏木は、ソーシャルワーカーとクライアントが、「かかわりのなかで相

互に成長しながら自己決定というものを育てていく。」(柏木 2010 : 56) と述べ、「かかわり」に時間をかけることの必要性を指摘した(柏木 1995 : 89)。尾崎も「自己決定を尊重するには、互いに意見や感情を伝え合うかかわりをクライアントとのあいだに育てる必要がある。」(尾崎 2002 : 146) と指摘していた。

最終的な自己決定は、長期入院者本人が行うしかない。A さんへの退院支援では、相談支援専門員は、A さんのペースで退院先を探し、彼女が自分で結論を出すまで、彼女のかたわらにいて待ち続けた。相談支援専門員は、援助することを控え、彼女に選択を委ね、本人のペースや思いを尊重して自己決定に時間をかけた。この援助により、A さんは〔満足している〕住まいを自分で決めることができたと考えられる。

長期入院からの退院は、クライアントにとり自己決定の連続である。援助者と一緒に外出ことを決心し、外の生活に慣れ、退院をする決意を固め、住まいを探して契約し、退院後に使うサービスを選び、事業者と契約する。そして、長年ともに生活した病棟仲間と別れる決意をする。こうした自己決定の積み重ねの先にあるのが、退院であり、地域生活なのである。A さんも【一緒に行く】ことを通して展開された相談支援専門員との「かかわり」を基盤に、これらの小さな自己決定を積み重ね、退院するに至った。

この結果は、長期入院者の退院に対して【一緒に行く】ことが良い影響を与えることを示した第3章の量的調査の結果を、本人の語り(具体例)で示したものと見える。

量的調査では、共分散構造分析の結果として、【一緒に行く】ことが、退院というアウトカムに良い影響を示すことを実証的に示すことはできた。しかし、なぜ良い効果を示すのかについては十分に示すことはできなかった。本研究の結果から、【一緒に行く】ことを中心とした「かかわり」により、長期入院者の自己決定する力が育つ。地域移行支援では、その自己決定の積み重ねが、退院という結果で現れるという可能性が示唆された。

4. 【つながっている】ことで自立できる

「自立」とは、「できることは自分でやって、できないことは人に頼むことができる力を持っているということ」(白石 2018 : 67) である。A さんは、担当を外れた相談支援専門員に対して「その時に何か用事があった場合。」には来てもらいたいと考えていた。C さんは、「書類とか、わかんない書類とか、あとはこの前は市役所に行く道を教えてくれて、一緒に行ってくれたりした。」と今でもつながり続け、「これから(困りごとが)出てくるから、それをサポートしてくれれば嬉しいなと思ってます。」と語っていた。このように A さんも、

C さんも上手に相談支援専門員にお願いごとをしながら、地域での生活を過ごしていた。

援助される者ができないことを他者に頼む場合、援助する者との間に「関係ができなければ支援してもらおうという気持ちにならない」（白石 2018：78）。援助者であれば、誰でもいい訳ではなく、長期入院者自身で担当者を選べる「選ばれ、雇われる関係性」（柏木 1995：89）が必要なのである。A さんも C さんも、これまでの「かかわり」のなかで、相談支援専門員を信頼するようになったため、できないことを特定の相談支援専門員にお願いできる状態（「自立」した生活を送る状態）になったと考える。

このように長期入院を経験した人が自立した生活を送るためには、信頼できる相談支援専門員と緩やかに【つながっている】関係が重要であると推察された。

5. 研究の限界と課題

本研究は、調査協力者に対する 1 回のインタビューデータを分析した事例研究のため、調査結果を一般化することには限界がある。分析結果を一般化するためには、調査協力者に長期的に関与し、研究者や調査協力者の偏り等を継続的にモニタリングし、十分に状況を描写する厚い記述を行うことが必要である。

第 5 節 結論

本研究では、【一緒に行く】ことで「関係に基づく援助」を補うとともにその替わりとして活用する。そして、【一緒に行く】なかで小さな自己決定を積み重ねることで自己決定する力が育ち、退院後も【つながっている】関係を保つことで、自立した生活を送れるようになるという仮説を示すことができた。

このプロセスは、具体的な退院支援を通して長期入院者と相談援助事業所 PSW が本音のやりとりを行い、退院後もつながり続ける「かかわり」のプロセスを、援助者側の視点から示した第 4 章の質的調査の結果と概ね一致する。

冒頭で示したように、本研究の目的は、退院支援における相談支援専門員の「かかわり」、特に「つきあい」や「一緒に行く」ことが、長期入院者にとって、どのような意味をもつのかについて明らかにすることであり、その点については、考察において挙げた 3 点を示すことで目的が達成できたと考える。

地域移行支援は、生活介護などと比べ、援助対象が一人であり、その一人のために時間も

労力もかけていることが相手に伝わりやすいという特長がある。「関係に基づく援助」を受けることが難しい長期入院者たちにとって、誰かが「私のために」時間を割き、時間をかけて何かを【一緒に行う】ことは、援助者が考える以上に意味があると考ええる。

退院後は、計画相談などでつながない限り、援助契約が切れるため、相談支援専門員が継続的にかかわることは難しい。しかし、本研究の結果からも示唆されるように、「たまに」雑用を【一緒に行う】で、つながり続けることで、「関係に基づく援助」を受けることが難しい人を支えることができると考えられる。

終章 長期入院精神障害者の退院支援における「かかわり」とは何か

総合考察

第1節 退院支援における長期入院精神障害者との「かかわり」

本研究では、相談支援専門員に対するアンケート調査（以下、アンケート調査）、相談支援事業所に勤務する PSW に対するインタビュー調査（以下、インタビュー調査）、長期入院精神障害者に対するインタビュー調査（以下、事例研究）という3つの調査を通して、長期入院者の退院支援における PSW を中心とした相談支援専門員の「かかわり」について明らかにする作業を試みた。

その結果、長期入院者の退院支援における「かかわり」の構成要素を明らかにし、なかでも「一緒に行く」という行動レベルの支援が退院というアウトカムに影響を与えること、「かかわり」のプロセスは「一緒に行く」ことから始まって援助契約が終了しても「つながり続ける」ことを示すことができた。

1. 退院支援における「かかわり」の構成要素

1) 「かかわり」の構成要素

相談支援専門員や PSW の実践は、業務と業務でないものを区別することが難しい。先行研究においても、相談支援専門員の行う相談支援には、相談業務に加えて日常生活に必要な具体的な支援が含まれ、家族の基本機能の社会化された扶養役割が含まれる（門屋 2014 : 133）。また精神障害者への援助は、何が援助者の仕事なのかはっきりしないことがある不定形な仕事であり、ケアと相談支援という形で分けることができない（立岩 2015 : 197-8）、あるいは精神障害者は障害が固定している訳ではないので、その時々に応じた臨機応変な対応が必要である（萩原 2019 : 221）との指摘もあった。

その不定形な実践において、援助者がクライアントとの「かかわり」を形成するためには、面接業務では片付かない問題を一緒に乗り越えること（谷中 1993）、日常生活的なかかわりをもつこと（谷中 1983）、日常的関係性を築くこと（柏木 1995）、長いつきあいを覚悟しなければならないこと（谷中 2000）などが必要であると指摘されてきた。

本研究の意義のひとつは、不定形な実践のなかで展開されるため、これまで明確に示されることがなかった長期入院者の退院支援における相談支援専門員の「かかわり」の構成要素を実証的に示すことができた点である。

第3章のアンケート調査では、探索的因子分析の結果、「相談を受ける」、「一緒に行く」、「本音を聴く」、「つながり続ける」という4因子が抽出された。第4章のインタビュー調査では、【つきあい】、【パートナーシップ】、【つながり】という3つのカテゴリーが抽出された。以下、2つの調査の結果を通して、「かかわり」の構成要素について確認していく。

アンケート調査では、面接業務を示す「相談を受ける」だけでなく、「一緒に行く」、「つながり続ける」といった面接業務では収まらない「かかわり」の構成要素が抽出された。インタビュー調査においても、【つきあい】や【つながり】という面接業務には収まりきらない実践の要素が抽出された。

また、アンケート調査の**第一因子「相談を受ける」**に含まれる項目は、インタビュー調査における【パートナーシップ】のサブカテゴリーである<共に悩む>と概ね一致していた。アンケート調査の**第二因子「一緒に行く」**に含まれる項目は、インタビュー調査における【つきあい】や【パートナーシップ】に多く見られた。**第三因子「本音を聴く」**という因子に含まれる項目は、インタビュー調査の【つきあい】や【パートナーシップ】に多く見られた。**第四因子の「つながり続ける」**は、インタビュー調査の【つながり】とほぼ一致していた（表 7.1 参照）。以上のように両調査の結果は概ね一致していた。

長期入院者の退院支援では、退院という具体的な援助目標を達成するための面接業務（「相談を受ける」）が必要不可欠である。しかし、相談支援専門員が長期入院者と面接だけを繰り返すだけでは、彼らの退院意欲は向上せず、彼らが本音をこぼすこともないため、退院への原動力を知ることもできない。また、面接だけでは、彼らが気に入った住まいや家具を探すこともできない。彼らから信頼してもらい、彼らとともに退院に向けて動きだすためには、一見すると専門的には見えない外出などの【つきあい】を重ねることで信頼関係を形成することが必要であった。そして、退院への後押しをするためには、退院後も【つながり】を保つことを彼らに伝えなければならなかった。こうした【つきあい】や【つながり】に見られる生活場面をともにする「かかわり」は、谷中の「常に日常生活的なかかわりや、共同体の一員としてのかかわりが要求されてくることから生じてくる。問題解決で終了するものでもない。」（谷中 1983 : 31）という指摘とも一致していた。

精神障害者に対する援助は不定形で、相談と生活支援を分けがたいという特徴があった。本研究は、先行研究において「分けがたい援助」とされていたことの一部を、援助者とクライアントとの「かかわり」という面から腑分けして、その構成要素を実証的に示すことができたと考える。

加えて、「一緒に行く」ことで「本音を聴く」ことができ、「本音を聴く」ことで「相談を受ける」ことができるという構成要素間の関係性を示したことにより、相談と生活支援が分けがたい理由を実証的に説明することができたと考える。

表 7.1 アンケート調査とインタビュー調査の比較

アンケート調査の結果		インタビュー調査の結果	
因子名	質問項目	概念名	カテゴリー名
第一因子 相談を受ける	家族との関係に関する相談を受ける	退院に向けた悩みに寄り添う	【パートナーとして認め合う関係】
	お金に関する相談を受ける		
	福祉サービスの利用に関する相談を受ける		
	他の支援者との人間関係に関する相談を受ける		
	寂しさに関する相談を受ける		
	生活上の困りごとに関する相談を受ける		
	将来（就職や進学など）に関する相談を受ける		
第二因子 一緒に行く	一緒に携帯電話の契約に行く	地域生活への準備の手伝い	【パートナーとして認め合う関係】
	一緒に銀行や郵便局に行く		
	一緒に電車やバスなどの乗り方の練習をする		
	役所に同行して必要な申請手続きなどの支援を行う		
	一緒に日中活動の場所に見学に行く		
	一緒に賃貸物件の内見に行く	住まい探しの手伝い	【パートナーとして認め合う関係】
	住居の賃貸契約に同席する		
	一緒に利用者の住まい（持ち家や実家など）に行く	直接支援を行う	【パートナーとして認め合う関係】
	引っ越しの手伝いをする		
	一緒に買い物に行く	外出する	【お互いを知るための「つきあい」】
	一緒に外食に行く		
	一緒に散歩に行く		
第三因子 本音を聴く	入院生活の不満や不自由さについて聴く	退院に関する希望を聴く	【お互いを知るための「つきあい」】
	いつまでに退院したいか聞く		
	福祉サービスの利用に関する希望を聞く		
	支援者の気持ちを素直に伝える	本音を伝える	【パートナーとして認め合う関係】
	本人の思いに合わせてケアプランを修正する	サービス調整する	【パートナーとして認め合う関係】
第四因子 つながり続ける	契約終了後も相談にのる	つながり続ける	【つながり続ける「かかわり」】
	担当を外れた後も相談にのる		
	日中以外の時間帯でも相談を受ける		
	日中以外の時間帯でも必要に応じて訪問する		

2) 「一緒に行く」ことで「つながり続ける」ことが可能になる

第 3 章のアンケート調査では、探索的因子分析で抽出した 4 因子を潜在変数として、変数間の影響を確認するために共分散構造分析を実施した。その結果、「一緒に行く」から「つながり続ける」への係数は、0.39 であり、弱い影響があった。「相談を受ける」や「本音を聴く」が「つながり続ける」に影響を与えなかったことと比較すると、「一緒に行く」は「つ

ながり続ける」ことに影響を与えていた。この2つの変数は、相談支援専門員と長期入院者の「人と人」としての関係性を示す変数である。「一緒に行く」ことが「つながり続ける」ことに影響を与えているということは、退院支援の前半において「人と人としての関係」を築くことにより、援助契約終了後も「人と人」としてつながり続けることが可能になることを示していた。

第5章の事例研究においても、長期入院者が印象に残っている相談支援専門員の「かかわり」として、「誕生日ケーキ買ってくれた」「神社に行った」「新年会で一緒にお酒を飲んだ」ことなどが挙げられていた。こうした「人と人」としての【つきあい】を「一緒に行った」経験が、長期入院者にとっては重要であり、彼らが現在も相談支援専門員と【つながり】続けていることに影響を与えていると推察される。

3つの調査の結果から、PSWを中心とした相談支援専門員は、面接業務を行うだけでなく、生活場面をともにする「人と人」としての【つきあい】や「人と人」としての【つながり】を通して長期入院者との「かかわり」を形成していることが示唆された。この結果は、「全人格的なかかわりと、全生活的なかかわりとが同時に両者の間の深い結びつきともなってくるものである。」(谷中 1983:31) という谷中の指摘を実証的に説明できたと考える。

2. 「一緒に行く」ことが退院に与える影響

アンケート調査では、共分散構造分析を用いて潜在変数が観測変数である「退院あり」に与える影響について分析を行った。その結果、「一緒に行く」から「退院あり」へ係数が0.59であり、「一緒に行く」だけが長期入院者の退院において影響を与えていた。「本音を聴く」や「相談を受ける」は「退院あり」に影響を与えておらず、「一緒に行く」だけが長期入院者の退院において影響を与えていた。「一緒に行く」ことが、退院というアウトカムに良い影響を示すことを実証的に示すことができた点も本研究の意義のひとつである。

しかし、共分散構造分析では、「一緒に行く」ことがアウトカムに良い効果を示す理由については説明することができなかった。その理由について、インタビュー調査と事例研究から意味づけすることができた。インタビュー調査の分析結果から、援助する者であるPSWが【つきあい】や【つながり】のなかで、「援助する」という自らの役割を一旦横におき、本人が自分で選択し、決めることができるように一歩下がって選択を委ねている姿が見えてきた。事例研究においても、Aさんは、相談支援専門員と一緒にいることを通して展開された「かかわり」を基盤に住まい探しやカーテン選びなどの小さな自己決定を積み重ね、退

院するに至った。

長期入院からの退院とは、長期入院者にとり自己決定の連続である。退院を決意し、地域移行支援の契約を結び、退院先を決め、退院後に使うサービスを選択する。そして、長年ともに生活した病棟仲間と別れる決意をする。退院への歩みは、自己決定の積み重ねの先にあるものであると考えられる。

「一緒に行く」ことは一見すると専門的技術には見えないため、地域移行支援において必ずしも重視されているとは言えない。既述のように地域移行支援のガイドブックでは、「一緒に行く」ことより、地域移行支援計画の作成（アセスメントやプランニング）などに関する記述量の方が多かった。しかし、そうした面談的な援助にあたる「相談を受ける」は、分散構造分析の結果では、「退院あり」に影響を与えていなかった。

アンケート調査の結果から、ガイドブックでわずかに触れているに過ぎない「一緒に行く」ことが、長期入院者の退院を促進させる可能性が示唆された。この結果は、面接を中心とした相談業務と支援関係機関のネットワークづくりに力点を置き過ぎている現在の地域移行支援のあり方を再考する必要性を示唆している。

3. 「かかわり」を通して自己決定する力が育つ

これまでもクライアントの自己決定を尊重するためには、「かかわり」が必要であることは柏木や尾崎らによって指摘されてきた。本研究では、相談支援専門員と「一緒に行く」ことを通して展開された「かかわり」を基盤に小さな自己決定を積み重ね、退院するに至るという仮説を導き出すことができた。

わが国の精神障害者支援の現場では、援助者側の不安から彼らの生活をデイケアやグループホームなどのフォーマルサービスで固めることが少なくない。退院支援におけるできないことや問題点の対応策ばかりに偏ってしまう支援計画は、「障害者包囲網」（佐藤 2008：28）、「措置退院」（岩上 2010：25）、「リカバリーのベルリンの壁」（Rapp & Goscha=2014：28）という表現で批判されている。

こうした援助者側の方針を押しつける援助のあり方は、現状においても一般的であることは、第 1 章で示した通りである。こうしたクライアントの自己決定を軽視した援助のあり方は、長期入院者と丁寧な「かかわり」を形成していないために、彼らのストレングスに目が向かないことから生じると推察される。

インタビュー調査のフィールドであった十勝圏域の PSW は、「一緒に行く」ことを中心

とした【つきあい】を丁寧に行うことにより、本人の＜ストレングスに目が向く＞ようになっていた。そのため、この圏域の PSW は、彼らを信頼して、退院前には本人が希望する最低限のサービス調整しか行っていなかった。PSW たちは、退院後も【つながり】続けるため、本人が困ったタイミングで話し合い、本人の希望に応じてサービスを追加したり減らしたりすればいいと考えていた。

援助する者である PSW が、援助することを控えた結果、本人たちは、長期入院によって奪われた、何を食べるか、何時に寝るか、どのテレビ番組を見るか、どんな仕事をするか、誰と遊ぶか、誰とつきあうか、誰と結婚するかといった選択をする機会を取り戻していた。

このように十勝圏域の PSW は、長期入院者と「一緒に行く」ことを中心とした【つきあい】を通して彼らのストレングスを知り、彼らを信頼して【つながり】を保ち続け、彼らの自己決定を尊重した「かかわり」を展開していた。長期入院者もそうした「かかわり」を基盤に自分の人生を自分で決めていくというあたりまえの生活を取り戻すようになっていた。

本研究では、「かかわり」を通して自己決定する力が育つという仮説を導き出すことができた。この仮説は、退院支援における実践の質を示すものとして活用できると推察される。

4. 退院支援における「かかわり」のプロセス

本研究では、長期入院者の退院支援における PSW を中心とした相談支援専門員の「かかわり」のプロセスを示すことができた。

第3章のアンケート調査における共分散構造分析の結果では、「一緒に行く」から「本音を聴く」へのパス係数は、0.80 という強い影響を示しており、相談支援専門員は「一緒に行く」ことを通して、彼らの「本音を聴く」ことができた。この結果は、長期入院者が PSW の「かかわり」のなかで、少しずつ本音を語り始めるという協会の実践報告（日本精神保健福祉士協会精神保健福祉部精神保健医療福祉委員会 2012）の結果とも一致した。そして、「本音を聴く」から「相談を受ける」への係数も 0.81 という高い数値を示しており、相談支援専門員は、長期入院者から本音を教えてもらい、その思いに応えるために、彼らと退院に向けた相談を行えるようになるというプロセスが示唆された。また、既述のように「一緒に行く」から「つながり続ける」への係数は 0.39 で弱い影響があり、「一緒に行く」経験をした相談支援専門員は、支援契約終了後も「つながり続ける」というプロセスも示唆された。

一方で「相談を受ける」から「本音を聴く」への係数が-0.63 であるということは、長期入院者と「一緒に行く」ことに時間をかけずに「相談を受ける」ことから始める相談支援専

門員は、彼らの「本音を聴く」ことが難しいということを示していた。

第1章で指摘したように長期入院者たちは、本来退院に向けた援助をしてくれるはずの治療者たちから適切な援助を受けられなかったために長期入院という状態に陥っている。彼らは、病棟内での専門職との乏しい関係性の影響により、治療や専門職に対する不信を持ち、本音を語れなくなっていた。こうした彼らに対する退院支援では、病院の職員と同じ専門職としての立場からかかわろうとしても（面接業務を中心とした援助を行っても）、彼らから信用されず、本音を聴くことができない。「相談を受ける」から「本音を聴く」への係数が -0.63 であるという結果は、そうした長期入院者の思いを反映していると考えられる。

第4章のインタビュー調査では、PSWは、まずは退院支援という自らの業務を一旦横におき、彼らとの【つきあい】を通して「人」として信用してもらおう。次に彼らと【パートナーシップ】を形成し、退院という共通の援助目標に向けて協働する。最後に退院という目標がなくなり、契約関係が終結した後も、彼らと「人」として【つながり】続けるというプロセスを明らかにした。

この2つの調査結果から、PSWを中心とする相談支援専門員は、「専門職」を信じきれない長期入院者の視点に立ち、「専門職」としてではなく、「人」として彼らと外出などを「一緒に行く」。そうした【つきあい】を通して信頼関係を醸成し、彼らの「本音を聴く」ようになる。本音を抑圧することで長期入院という不条理な状況に耐え続けた人の思いを聴いた相談支援専門員は、「援助者」として退院に向けた【パートナーシップ】を形成する。そして、地域移行支援という業務が終了した後も、彼らにかかわった「人」として【つながり】続ける。相談支援専門員は、このプロセスを「かかわり」と捉えていることが示唆された。

本研究の意義は、面接業務に偏りがちな地域移行支援を行う相談支援専門員に対して、「一緒に行く」ことを中心とした【つきあい】から退院支援を始め、援助契約が終了した後も緩やかな【つながり】続けるプロセスと生活場面をともにする「かかわり」の意義を示すことができた点であると考えられる。

5. 退院支援における「かかわり」の必要性とその意義

1) 退院支援における相談支援専門員の「かかわり」の必要性

長期入院者の退院支援における相談支援専門員の「かかわり」の必要性については、ガイドブックにおいても『希望』を引き出すかかわり」として挙げられていた。具体例として、会釈、声かけ、買い物同行などが挙げられていた（金城 2013 : 43）。長期入院者の退院支援

を経験した者は、買い物などを「一緒に行くこと」の必要性を実感していた（金川 2014；藤澤 2014；上野・八重樫 2014：210）。しかし、そうした「一緒に行くこと」を中心とした「かかわり」を形成する意義や必要性について、実証的に説明されていない。

また、「一緒に行く」ことの担い手としては、特定の職種である必要はないとして、他の患者、入所者、ピアサポーターなども含まれるという指摘もあった（金城 2013：43）。ピアサポーターやボランティアなどでもできることであれば、国家資格者である精神保健福祉士や業務独占の資格である相談支援専門員が担う必要がないのではという問いに対して、先行研究では、十分に答えられていない。

本研究の結果は、こうした問いに対して、一定の答えを示すことができた。共分散構造分析の結果にあるように、相談支援専門員は、長期入院者と「一緒に行く」ことを通して、彼らの「本音を聴く」ことができ、その思いを叶えるために「相談を受ける」ようになるというプロセスを示していた。そのため、長期入院者の退院支援では、一見専門的な支援に見えない「一緒に行く」ことから始めなければ、彼らの「本音を聴く」ことは難しく、その結果、援助者として「相談を受ける」こともできず、本人の意向に沿った退院支援ができなくなると推察された。この点から「かかわり」には、長期入院者の退院支援を効果的に行うための（退院というアウトカムにつなげるための）専門的技術としての側面があることが示唆された。

「かかわり」に援助技術としての側面があることは、インタビュー調査の結果で推察することができる。PSW は、「一緒に行く」なかで、援助することを控え、長期入院者に選択を委ねることにより、小さな自己決定を積み重ねる機会を保障し、長期入院によって奪われた自己決定する力が育つように援助していることが示された。

元長期入院者 C さんへのインタビュー中の雑談のなかで「（ある女性が）今は飲み屋やってんだけど、そこ 6,000 円なんだって。一番若い子紹介してあげるって。」と C さんが話したとき、C 相談支援専門員は「6,000 円貯めたのかい。」「そうか、それから行くんだね。」と返すに留めていた。C 相談支援専門員は、そのようにかかわった意図を「普段はね、そっとしてるの。多少失敗するなと思ってね、黙って見てるから。失敗したかとかって。そうやってね、失敗繰り返さないと成長しないんだからね。」と語っていた。相談支援専門員は、彼らが選択するタイミングでは、一步後ろに下がり、彼らに選択に委ねて、彼らの自己決定する機会を保障する。そして、その決定により、彼らが躓いたとしても「見捨てはしない。」で支え続けようとしていた。

雑談や外出などを「一緒に行く」ことは、一見すると「人と人としての関係」のように見える。しかし、「人と人としての関係」に見えるなかにも、彼らが小さな自己決定を積み重ねられる機会を保障するための意図的な行為が内包されていると考えられる。ここに友人関係とは異なる高度な専門技術としての「かかわり」の一面が示唆された。

2) 相談支援専門員にとっての「かかわり」の意義とは

尾崎は、精神病院の PSW として勤務していたときに、退院への働きかけをした長期入院者から「仕事熱心な援助者は迷惑」と言われた経験を振り返り、その言葉の意味を以下のように考えていた。

「できるなら、退院したい。しかし、夢をもてば、またとりかえしのつかない辛い目にあう。だから、頼むから、もう俺に構わないでほしい。しかし、…」(尾崎 2002 : 20)

当時の尾崎は、彼の思いを受けとめることができず、拒絶されたと捉え、彼と向き合うことをやめ、彼の前から逃げ、自分からも逃げたと振り返った。そして、どうすべきかわからない現実から実践を始め、圧倒されるほどの矛盾や葛藤に対する感性と耐性を育て、葛藤に満ちた人生を生きる「わたし」と「あなた」として向き合うことが必要であると指摘した(尾崎 2002 : 21-2)。

長期入院は、国による意図的な政策誘導とその政策に乗った精神科病院や関係者による現在進行形の人権侵害である。長期入院者の退院支援に携わる者は、この現実に向き合うことから実践を始めなければならない。

『かかわりの途上で』という3人の PSW によるエッセイ集のなかで、長期入院者から「今さら退院しないかなんて言っても遅いんだよ！」(相川・田村・廣江 2009 : 71) と強い怒りをぶつけられ、その後、その人からかかわることを拒否された PSW が次のように語っていた。

「長期入院患者の存在は国の施策のせいと習っていたし、そう信じていた。しかし、そんな単純なものではない。病院も加害者なのだ。そして私もその加害者である病院の一員なのだという現実が重くのしかかってきた。」(相川・田村・廣江 2009 : 72)。

第1章で示したように長期入院者の退院支援を担う専門職は、これまで長期入院者に「退院不可能」というレッテルを張り、「受け皿がない」といって多様な社会資源には目を向けず、世界に類を見ない異常な精神病床数を放置し、長期入院者の思いから逃げ、自分自身と向き合うことから逃げてきた。特に病院勤務の精神保健福祉士は、社会的入院の解消を目的に作られた国家資格でありながら、その役割を果たさず、人権侵害を担う機関のなかで長期入院者の「社会的復権」や「権利擁護」を訴え続けている（國重・鬼塚 2016：32）。そして、長期入院者たちの圧倒されるほどの矛盾や葛藤に対して目を閉ざし続けている。立岩は、こうした PSW の態度を、以下のように批判している。

「知らないで言うのだが、社会変革が少なくともその任務の一つだという『ソーシャルワーク』の『本義』からすれば、精神科ソーシャルワーカーたちがどれほどのことができてきたかと問われて仕方がないところはあると思う。」（立岩 2015：118）

この立岩の指摘のように PSW は、社会変革の役割を果たしているとはいいがたく、非難されても仕方がない状態にある。また、門屋も長期入院に対する PSW の取り組みについて、次のように強く批判した。

「私は精神保健福祉士。なんと罪深きことを重ねてきた職業かと自戒してきた。私たちの専門性が人の心理社会的存在を基本とし、人と環境の関係を理解した上で、人それぞれの幸せ達成に向かうことを支援する職業であり、人と環境との関係について調整、改善することなどを支援する専門職である。この立場で私たちはわが国の精神障害者のあまりにも悲惨な社会的処遇について声高に批判し、改善する具体的成果ある行動をしてこなかったと言えるからである。専門職とはいいがたい。」（門屋 2008：453）

相談支援専門員として活動する PSW が社会変革という任務を果たすためには、まずは、圧倒されるほどの矛盾や葛藤という状態におかれ続けている長期入院者の思いに向き合うことから始めなければならない。

インタビュー調査のなかで、「退院を意識するようになってから、たいていみんな聞いてくるんですよ。退院後にどうせ1人なんでしょとか。退院後に誰に相談すればいいの。」（A1）と長期入院者から言われた PSW がいた。長期入院者は、入院の長期化により家族や

友人などに頼れない人が多い。関係性に基づく援助を受けられない彼らに対して、退院支援を担う者は、「かかわり」を通して、これからの生活への声にならない不安や悩みに向き合うことが必要である。十勝圏域の PSW たちは「私多分いるから大丈夫だよ。」(A1)と言葉で伝えたり、アパートの保証人になったり、自分の電話の番号を教えたりして、自分たちが、彼らから逃げずにかたわらに居続けることを行動や態度で伝えていた。

このように「かかわり」は、退院という目的に向かって形成される専門的・職業的關係であるとともに、相談支援専門員や PSW に対して「専門職」としてだけでなく、「人」としても、この不条理な状態に置かれた彼らにどのように向き合うのかという覚悟を問いかけるものでもあった。

第2節 「かかわり」とは何か

PSW にとり「かかわり」とは、あまりにも当たり前に使ってきた概念であったために、そこにあえて関心を向ける研究者は少なかった。そのため「かかわり」は、柏木や谷中らによって重要性を唱えられながらも十分に整理されないままに使われ、「かかわり」とは何か、なぜ大切なのか議論されることも少なかった。

この「かかわり」は、わが国の精神科病院における長期にわたる隔離収容政策、長く地域のフォーマルな社会資源が整備されなかったことで生まれた PSW と精神障害者が生活とともにする実践のなかで作り上げてきた関係であった。

本研究で得られた結果は、長期入院者の退院支援という場面に限定されたものであるものの、PSW の実践知と一致している部分も多く、「かかわり」の一端を説明していると考えられる。そこで、本研究で得られた知見を整理し、「かかわり」の3つの特徴について示す。

1. 「援助する者－される者」と「人と人としての関係」を併せもつ関係

第一の特徴として、「かかわり」は、「援助する者－される者の関係」と「人と人としての関係」という異なる2つの面を併せもつ関係である。

「援助する者－される者の関係」とは、援助という目的があるときに形成される二者関係を意味する。一方「人と人としての関係」とは、援助する者が、あえて援助という役割を横におき、援助することを控えることで作りだす関係である。この関係では、援助される者であるクライアントが「援助される」という役割から解放される。

「多分向こうが大人で、すごい多分、(PSW を) 子どもみたいな感じで、年齢的にも子どもみたいな年齢だったので、見ててくれた面もあったのかもしれない。」(A1)

「本人のほうから『あんまり来ないと心配するからちゃんと来て』って言われて。」(A1)

このインタビューの語りに見られるように、「人と人としての関係」では、援助される者という役割を担わされたクライアントが、その役割から解放されて、援助する側を見守ったり心配したりすることが起きる。そのため、援助者が意図的に援助することを控えていたとしても、この二者関係を外から見れば、「人と人」としてかかわりあっているように見える。

「かかわり」には、この「人と人としての関係」と「援助する者－される者の関係」が内在しているが、この2つの関係は、時期によって表面的に表れる大きさ（濃淡）に変化が生じる。図 7.1 は、その変化を図式化したもので、実線は援助者が援助することを控えた割合を示している。援助することを控え、本人に選択を委ねる割合が高いとき（実線が上にある状態）は、「人と人としての関係」として表れる面が大きくなる。一方、援助する割合が高いとき（実線が下にある状態）は、「援助する者－される者」として表れる面が大きくなる。

クライアントが援助者を信じることができない初期段階では、援助者は、援助することを控え、「一緒に行く」ことを中心とした【つきあい】を大切にするため、「人と人としての関係」として表れる部分が大きくなる。両者の間に共通の関心事ができた（援助目的が共有された）段階では、援助者として「相談を受ける」ため、「援助する者－される者の関係」として表れる部分が大きくなる。そして、援助契約が終了し、援助目的がなくなった段階では、再び「人と人としての関係」が表れる面が大きくなり、人と人として【つながり】続けるようになると推察された（図 7.1）。

このように「かかわり」は、常に固定的な「援助する者－される者の関係」ではなく、場面毎に「人と人としての関係」と「援助する者－される者の関係」が入れ替わり、どちらかが強く表面に浮かび上がる形で積み重ねられていた。一方の関係は完全に消える訳ではなく、後方に下がって見えにくくなっているに過ぎない。このように「かかわり」には、「援助する者－される者の関係」が常にあるが故に、援助者がクライアントを利用する際に起こりうる「一蓮托生とでもいえるような心情」（尾崎 1994：44）や、そのような心情から引き起こされるバーンアウトから一定の距離を取ることができると考える。

また「かかわり」は、専門的・職業的な関係として始まりながらも、その関係に納まりきらない力（構成要素）を内包させていた。「かかわり」には、「相談を受ける」といった「援助する者－される者の関係」に近い要素だけでなく、「一緒に行く」、「つながり続ける」、「【つきあい】」、「【つながり】」といった「人と人としての関係」に近い要素も内包している。

信頼関係を形成する時期では、PSW が「自分の素を見せる」ことで、「ごくあたり前の関係」（柏木 1995）に近づこうとする力が働き、援助契約が終結した時期は、援助目的がない状態であり、特定の目的や課題による制限から逃れることができるため、【つながり】という形でバウンダリーを超える実践が展開されやすい。そのとき「かかわり」は「関係性に基づく援助」に近づき、「人と人としての関係」として面が強く表れるようになる。

「かかわり」には、こうした特徴があるため、「従来のワーカー・クライアント関係では説明しきれない部分がある」（谷中 1983：31）、あるいは『ワーカー・クライアント関係』が示唆するよりもっと人の営みの深みにおいて織り成す人間模様の一部終始に触れることによって、ようやくそれを論じえるかもしれない厄介な代物」（柏木 2007：2）と、これまで表現をされてきたと考える。

図 7.1 「かかわり」の構造



2. 「一緒に行く」ことを通して自己決定する力が育つ関係

第二の特徴として、「かかわり」では、援助者とクライアントが外出や外食などを「一緒

に行う」ことを通して、クライアントの自己決定する力が育つと推察される。

第3章の共分散構造分析の結果では、「一緒に行く」ことが「本音を聴く」に、「本音を聴く」が「相談を受ける」に影響を与え、「一緒に行く」だけが、退院というアウトカムに良い影響を与えていたことが示された。第4章のM-GTAを用いた分析では、雑談や外出などの【つきあい】から「かかわり」がスタートしていた。これらの結果から「一緒に行く」ことが「かかわり」の中核的構成要素であり、「一緒に行く」ことから「かかわり」のプロセスが展開されることを示すことはできた。

「一緒に行く」ことが、「かかわり」の中核的構成要素であることの意味づけは、主に事例研究から見出すことができた。事例研究のなかでAさんは、相談支援専門員と一緒に住まいやカーテンを探し、最終的に自分で選択したので、「ここがいい所。この場所が。」と満足していた。このようにAさんは、自分で決めることの喜びを語っていた。

援助者は、「一緒に行く」なかで、自らの役割である「援助すること」を控えていた。援助者が、クライアントに選択を委ね、小さな自己決定を積み重ねる機会を保障し、自己決定する力が育つように援助していると推察された。

また、質問しても「はい」「まあまあ」しか言わない長期入院者を援助していたPSWは、月2回くらいの訪問を2年間続けて、「好きなこととかしてみたいこととか、退院のまずイメージづくりからやらせてもらって、ご本人が好きなのが車とか、そういう男性だったのでそこからの興味で話を広げて、まずは地域を見に行きませんかというようなかたちで一緒に外出支援から始めました。」(B1)という「かかわり」を展開していた。PSWは、雑談を通して信頼関係を構築し、地域を見に行くことを「一緒に行く」なかで、住まいの選択などの小さな自己決定を積み上げて、本人が少しずつ主体性を取り戻すように援助していた。

「かかわり」の中核的構成要素である「一緒に行く」という行為は、一見専門的には見えず、援助者たちも明確には意識していない。しかし、そうした学校では習わないことに精神障害者が必要としている非常に大事なことがある(坪上 1995 : 124・5)。そこには深い専門性が潜んでおり、経験に基づく暗黙知¹⁶であることが推察された。

3. 援助契約終了後もつながり続ける関係

第三の特徴として、「かかわり」は、援助契約の終了とともに終結する専門的・職業的関

¹⁶ 暗黙知とは、「明示的知識の背景にあつて明確に言語化されない身体性や直観などに関わる知のこと。」(上野 2012 : 38)を意味する。

係とは異なり、援助契約が終了した後も【つながり】を保つ関係である。この特徴は、アンケート調査、インタビュー調査、事例研究の3つの調査結果において、共通して抽出された「かかわり」の構成要素であった。以前から地域精神保健活動では、援助者の継続性を保つことが必要であると指摘されていた（Mosher&Burti=1992；谷中 2000）。また、退院支援においても、24 時間、いつでも、どこでも、どこまでも相談や連絡がとれることが退院する人に安心感を与えたとの報告もあった（川村・向谷地 2008：78）。今回の研究結果は、それらの指摘と一致するものであった。

また、この【つながり】とは、自立した他者同士による相互主体的関係を示すものであった。精神科医の成田善弘は、患者が治療者を「一人の他者」と見なす時に治療の転機が生じ、患者が自立した個になると指摘した（成田 2005：36）。精神医学ソーシャルワークにおいても、「臨在の証人」（早川 1984）や「共感する他者」（窪田 2013）という表現で、クライアントと異なる存在であるが故に、援助者として機能することができると指摘されてきた。援助者とクライアントが「一心同体の関係」（尾崎 1994：44）になってしまえば、お互いに自立できず、援助者はクライアントに飲み込まれてしまい、援助することができない。

第4章のインタビュー調査では、PSW が元長期入院者に対して「大丈夫という信頼感」をもつようになると、援助契約が終結するという流れになっている。この結果は、PSW がクライアントを自立した「他者」とであると認めることにより、援助がうまく進み、終結に至るということを示していると考えられる。

「自立」とは、できることは自分で行い、できないことを他者に頼むことができる力をもつことである（白石 2018）。援助者は、「できないことがあれば、他者を頼ることができる」とクライアントを信じ、クライアントは、「何かあれば頼むことができる」と援助者を信じる。そのための緩やかな【つながり】を、両者が保つことで、クライアントは自立した生き方を歩むことができると推察される。

4. 「かかわり」の3つの特徴

以上のことから、「かかわり」は、①「援助する者－される者の関係」と「人と人としての関係」という2つの関係から構成され、②中核的構成要素である「一緒に行く」を通してクライアントの自己決定する力が育ち、③援助契約の終結後も【つながり】を保ち続けるという3つの特徴を有する関係であることが示された。

第3節 「かかわり」の課題と可能性

本研究では、長期入院者の退院支援において「かかわり」の有効性の一端を示すことができた。「かかわり」は、フォーマルサービスの枠以外でも展開されるため、他のインフォーマルサービスと同様に、安上がりなサービスとして行政等に利用され、その担い手である援助者や援助機関に対して負担をかける危険性がある。また、具体的な援助（例えば障害年金の申請方法や就職先の紹介など）を望むクライアントには、「援助する者－される者の関係」だけで十分であり、「人と人としての関係」まで求められないこともある。

しかし、「かかわり」は、長期入院者の退院支援に有効であることから、援助を拒否する人、援助目標が明確でない人、援助を望んでいるものの、これまでの経験から援助して欲しいと口に出して言えない人、援助者に不信感をもっている人などの援助では、必要かつ有効な関係であると考えられる。こうした人たちは、援助者を信頼しようとして裏切られた、あるいは見捨てられた経験（援助者側にその意図がなくても、医療や福祉の現場では、所属機関の機能や部署の異動などによりクライアントと公的にかかわりにくくなることは少なくない）を有している可能性があるため、援助者には、継続的にかかわり続ける覚悟と彼らの傍らにいる（彼らの側に立つ）姿勢を彼らに見せることが必要である。

具体的な実践場面としては、ひきこもり状態にある人、若年無業者、ホームレス、依存症者などへの支援、あるいは障害者の地域生活支援などに応用可能であると考ええる。また、ACT やストレングスモデルは、「一緒に行う」ことを重視する点や利用期限がないという点において、「かかわり」と親和性が高く、「かかわり」を活用しやすいと思われる。

一方で「かかわり」は、「つながり続ける」ことが特長であるため、契約に基づきサービスの枠組みが明確に決まっている場合（援助期間やサービス提供時間が設定されているサービス）や矯正施設における援助などとの親和性は低いと思われる。現在の地域移行支援も利用期間が設定されているため、補助金事業の時代と比べると、長期入院者との間に「かかわり」を形成しづらいと考える。また、病院における援助も、入院治療が必要な一時期の援助のため、本来は応用しにくい環境であると推察される¹⁷。

¹⁷ 実際には、退院後も外来診療だけでなく、精神科デイケアや訪問看護などで精神科病院が継続的に治療を続けることは多い。また、精神科病院が運営する障害福祉サービス事業者が引き継いで援助を行うことも少なくない。しかし、こうした継続治療や継続支援は、クライアントの希望や支援の必要性から行われるだけでなく、精神科病院の経営上の問題や地域における医療管理という一面もあるので、「かかわり」における【つながり】と同

このように「かかわり」は万能ではない。しかし、「かかわり」は、これからの共生社会における対人支援アプローチとして国が示している「**つながり続けることを目指すアプローチ（伴走型支援）**」（厚生労働省 2019）との親和性は高いと考えられる。この伴走型支援では、問題解決の後が重要とされており、人が人の傍らににいるという「存在の支援」の必要性が指摘されている。伴走型支援で問題が解決することはないかもしれないが、「切らない」でつながり続けること自体に意味があるとされている（奥田 2018 : 36-7）。

「かかわり」には、「援助する者－される者の関係」としての一面もあるため、「つながり続ける」こと自体を目的とする伴走型支援とは同一のものではない。しかし、「かかわり」の構成要素やプロセスはクライアントとの関係を多様にするため、伴走型支援の質の向上に一定の影響を与える可能性があると考ええる。

第4節 本研究の限界と今後の研究課題

本研究で明らかにした「かかわり」は、長期入院による諦めと不安により非自発的になっている人が、再び「退院」に向かって動き出すときに展開される関係であった。そのため、援助者とクライアントが、長期にわたり生活場面をともしにするなかで生まれた「支えたり、支えられたり」（谷中 1993 : 236）といった関係性を包含する谷中の「かかわり」論については、十分に説明することができなかった。実際インタビューデータのなかに「全然仕事関係なくなんですけど。」（A1）という発言が見られ、相談支援専門員は必ずしも援助者として意図的にかかわっていた訳ではないことが語られていた。しかし、本研究では、意図的ではない「かかわり」について、その一端を説明するに留まっている。

また、今回明らかにした相談支援専門員の「かかわり」だけでは、精神障害者の長期入院は解消されない。わが国から長期入院をなくすためには、精神病床の大幅な削減、つまり精神科病院をなくすことが必要不可欠である。

しかし、本研究の結果から、個々の相談支援専門員が「一緒に行く」ことを中心にした「かかわり」を形成することで、長期入院者の退院が促進される可能性は示唆された。本研究で明らかにした「かかわり」は、長期入院者の退院支援における「かかわり」に限定された理論である。しかし、「かかわり」は、既述のように長期入院者の退院支援以外にも拡張でき

一のものではない。

る可能性のあると考える。今後の課題として「かかわり」を対人援助全般に拡張していく理論化の作業が必要である。

初出一覧

本論文の各章は、以下の筆者の論文を大幅に加筆修正したものである。

【第3章】

國重智宏（2020）「地域移行支援における相談支援専門員と長期入院精神障害者の『かかわり』」『響き合う街で』（131），42-4.

【第4章】

國重智宏（2019）「長期入院精神障害者の退院支援における相談援助事業所に勤務する精神保健福祉士の『かかわり』のプロセス」『社会福祉学』59（4），30-40.

謝辞

まず、本研究のインタビュー調査に6年間にわたってご協力いただいている十勝圏域の皆さまに深くお礼を申し上げます。十勝圏域の実践なくして本研究は成り立たないだけでなく、十勝圏域での「かかわり」に直接触れることにより、長期入院の解消は可能であるとの思いをもって研究を続けることができました。今後も研究を継続いたしますので、引き続きご協力いただけますようお願い申し上げます。

そして、アンケート調査にご協力いただいた相談支援専門員の方々にもお礼申し上げます。十勝圏域の「かかわり」を特別な実践としないためには、量的調査により検証することが不可欠でした。お忙しいなか、アンケートにご回答くださり誠にありがとうございました。

本論文は、東洋大学大学院福祉社会デザイン研究科の先生方の丁寧なご指導により完成させることができました。2016～2018年度は主査として、東洋大学退職後は審査委員として丁寧にご指導をしてくださった白石弘巳先生、博士論文として完成させるための方向性をつけてくださった主査（2019～2020年度）の吉浦輪先生、副査としてサポーターにご指導してくださった是枝喜代治先生、審査委員としての確なご指摘をしていただいた渡辺裕美先生、苦手の量的調査をご指導してくださり投稿論文のご指導もしてくださった吉田光爾先生、そして、進学前から研究全般にわたってご指導していただき稲沢公一先生、先生方の丁寧なご指導とサポートに厚く感謝いたします。

また、先行研究に用いた文献の多くは、学部時代の恩師である松永宏子先生から提供していただきました。修士時代の恩師である藤井達也先生からは、論文や学会発表の度にコメントやアドバイスをいただき、大変勇気づけられました。お二人の先生方にも感謝いたします。

この博士論文を作成している最中にも、多くの長期入院者の方たちが、病院のなかで最期を迎えていたはずで、私が病院で担当していた人の多くも退院することなく、病院で亡くなった（あるいは亡くなりそう）と聞いております。長期入院という人権侵害が続く限り、長期入院者の不幸で生活を営んできた者として「かかわり」続ける必要があると考えております。長期入院問題が解消されるまで、この研究は続きますので、引き続きのご指導ご協力をお願い申し上げます。

なお本研究は、平成28～30年度科学研究費助成事業（基盤研究C（一般））／課題番号：16K04189）、2019年度東洋大学井上円了記念研究助成、2020～2021年度帝京平成大学研究奨励助成金の一部を用いて実施した。

文献

- 相川章子・田村綾子・廣江仁（2009）『かかわりの途上で』へるす出版.
- 赤沼麻矢（2007）「精神障害者退院促進支援事業における対象者個別事例の質的比較」『社会福祉学』48（3），42-54.
- Anderson,H. and Goolishian,H.（1992）The client is the expert : A not-knowing approach to therapy. In McNamee,S. and Gergen, K. J. eds., *Therapy as social construction*, Sage Publications, 25-39.（=2014, 野口裕二・野村直樹訳『ナラティブ・セラピー 社会構成主義の実践』遠見書房, 43-64.）
- 荒田寛（2002a）「PSW の役割と課題」『社会福祉研究』（84），50-7.
- 荒田寛（2002b）「援助と自助」柏木昭編著『新精神医学ソーシャルワーク』岩崎学術出版社, 67-74.
- 荒田寛（2003）「『共に生きる』ということ」『精神保健福祉』34（1），3.
- 荒田稔（1998）「共に生活して」谷中輝雄・藤井達也編著『心のネットワークづくり』松籟社, 75-81.
- 荒田稔（2020）「生活を見る視点 生活を共にすること」『響き合う街で』（93），3-6.
- 朝本哲夫（2003）「大阪府における取組みモデル」『精神保健福祉』34（1），27-30.
- 栗谷登・大野和男・小出保廣他（1980）『提案委員会報告』日本精神医学ソーシャル・ワーカー協会.
- Biestek,Felix,P.（1954）*The Casework Relationship*, Loyola University Press.（=2006, 尾崎新・福田俊子・原田和幸訳『ケースワークの原則』誠信書房.）
- 土居健郎（1977）『新訂 方法としての面接』医学書院.
- Flick,Uwe（2007）Qualitative Sozialforschung, 3rd Ed., Rowohlt Verlag GmbH.（=2011, 小田博志監訳『新版 質的研究入門』春秋社.）
- 藤井伸彦（2003）「社会的入院について考える」『精神保健福祉』34（1），38-40.
- 藤井達也（1988）「生活を賭けた活動」谷中輝雄・藤井達也編著『心のネットワークづくり』松籟社, 75-81.
- 藤井達也（2004）『精神障害者生活支援研究』学文社.
- 藤井康男（2004）「ダウンサイジングと悪魔の囁き」『精神医学』46（7），672-3.
- 藤澤房枝（2014）「地域移行支援の利用者の声」『精神科臨床サービス』14（2），158-61.
- 藤沢満紀代・大海義昭・重石啓芳他（1978）「退院時の問題」『精神医学ソーシャル・ワーク』

12 (18), 63-75.

藤澤敏雄 (1998)『精神医療と社会 増補新装版』批評社.

古屋龍太 (2015a)『精神科病院脱施設化論』批評社.

古屋龍太 (2015b)『精神障害者の地域移行支援』中央法規.

後藤基行 (2019)『日本の精神科入院の歴史構造』東京大学出版会.

萩下洋一, 中垣望史, 藤沢満紀代他 (1979)「民間アパートを活用した社会復帰活動」『病院精神医学』(57), 71-6.

萩原浩史 (2019)『詳論 相談支援』生活書院.

半田芳吉 (1979)「退院と自立を考える」『精神医学ソーシャル・ワーク』13 (19), 31-4.

橋本みきえ (1992)「ハリのある生活＝文化のある生活」『精神医学ソーシャル・ワーク』(30), 66-9.

早川進 (1968)「ソーシャルワーク原理に関する哲学的考察 (Ⅲ)」『精神医学ソーシャル・ワーク』3 (1), 31-41.

早川進・谷中輝雄 (1984)『流れゆく苦悩』やどかり出版.

今井千代美・奥村由美・伊永晶一 (2005)「大阪府退院促進支援事業の取り組み」『精神障害とリハビリテーション』9 (2), 61-5.

今井楯男・斉藤篤・田宮崇他 (1983)「精神科病院における長期在院者をめぐる諸問題」『精神医学ソーシャル・ワーク』16 (22), 42-51.

今野正裕 (2005)「社会的入院の解消に向けて どこに目を」社団法人日本精神保健福祉士協会精神保健福祉部精神医療委員会編『社会的入院の解消に向けて』社団法人日本精神保健福祉士協会, 26-41.

稲沢公一 (1999)「生活支援の援助モデルー変容モデルと支援モデルー」谷中輝雄・三石麻友美・仁木美知子他『生活支援Ⅱ』やどかり出版, 279-300.

稲沢公一 (2002)「援助者は『友人』たりうるのか」古川孝順・岩崎晋也・稲沢公一・児島亜紀子『援助するということ』有斐閣, 135-208.

稲沢公一 (2017)『援助関係論入門』有斐閣.

稲沢公一 (2019a)「社会福祉とは」稲沢公一・岩崎晋也『社会福祉をつかむ 第3版』有斐閣, 1-8.

稲沢公一 (2019b)「個別援助」稲沢公一・岩崎晋也『社会福祉をつかむ 第3版』有斐閣, 40-77.

- 井上牧子 (2019)「業務ではなく、ソーシャルワーク実践を：業務指針への批判」『精神医療 (第4次)』(95), 38-45.
- 石川かおり (2011)「精神科ニューロングステイ患者の入院生活の体験」『岐阜県立看護大学 紀要』(11) 1, 13-24.
- 石川信義 (1982)「私の考える病院医療」『精神医学ソーシャル・ワーク』15 (21), 5-16.
- 石川信義 (1990)『心病める人たち』岩波書店.
- 岩上洋一 (2010)「地域移行支援は地域の課題」『精神医療 [第4次]』23-7.
- 岩上洋一・全国地域で暮らそうネットワーク (2018)『精神障害者の地域移行支援・地域定着支援・自立生活援助導入ガイド』金剛出版.
- 岩本操 (2013)「精神保健福祉士が経験する多様な業務の実態とその評価に関する研究」『精神保健福祉』44 (2), 131-40.
- 岩尾貢 (2009)「認知症の人たちとのかかわりと精神保健福祉士の課題」『精神保健福祉』39 (4), 277-280.
- 岩崎康孝 (1997)「PSW に期待するもの」『精神医学ソーシャル・ワーク』(38), 7-12.
- 岩本正次 (1975)「十年を振り返って」『精神医学ソーシャル・ワーク』9 (1), 1-2.
- 岩田邦彦・大喜田由紀子、垂石房子他「東海地区における PSW、相談員の業務実態調査」『精神医学ソーシャル・ワーク』7 (1), 6-24.
- 門屋充郎・菅野治子・寺谷隆子他 (1994)「私はこう考える、クライアントの生活さまざま」『精神医学ソーシャル・ワーク』(33), 18-42.
- 門屋充郎 (2002)「帯広・十勝圏域における生活支援」東雄司・江畑敬介監修『みんなで進める精神障害リハビリテーション』星和書店, 32-51.
- 門屋充郎 (2004)「組織の方向性」社団法人日本精神保健福祉士協会事業部出版企画委員会編『日本精神保健福祉士協会 40 年史』社団法人日本精神保健福祉士協会, 98-106.
- 門屋充郎 (2008)「社会資源を使うとはどういうことか」『精神科臨床サービス』8 (4), 450-5.
- 門屋充郎 (2010)「今も!!われわれ精神保健福祉士に求められるもの」『精神保健福祉』41 (3), 155-9.
- 門屋充郎 (2011)「帯広・十勝圏域における地域連携」『精神障害とリハビリテーション』15 (1), 34-41.
- 門屋充郎 (2014)「相談支援の来歴と現実」『精神科臨床サービス』14 (2), 130-5.

- 門屋充郎 (2015) 「地域精神保健福祉活動の展開―帯広・十勝圏域の取り組み―」『ソーシャルワーク学会誌』 (30), 112-4.
- 梶元紗代 (1991) 「ケースワーク技術を考える―長期在院者プロジェクトを通して―」『精神医学ソーシャル・ワーク』 (28), 19-21.
- 金川洋輔 (2009) 「本当に『退院意欲の乏しい人』はいるのだろうか？」『精神科臨床サービス』 9 (3), 416-9.
- 金川洋輔 (2013) 「地域移行支援・地域支援の今後を見据えて PSW の役割を考える」『東京 PSW 研究』 (22), 61-4.
- 金川洋輔 (2014) 「地域移行支援・地域定着支援の進め方」『精神科臨床サービス』 14 (2), 176-80.
- 金成透 (2014) 「相談支援と地域移行支援・地域定着支援」『精神科臨床サービス』 14 (2), 141-5.
- 菅野治子 (1979) 「精神医療の展開における PSW の視点と役割」『精神医学ソーシャル・ワーク』 13 (19), 5-16.
- 柏木昭 (1966) 『ケースワーク入門』 川島書店.
- 柏木昭 (1975) 「協会 10 年の歩みの中から」『精神医学ソーシャルワーク』 9 (1), 3-18.
- 柏木昭・越智浩二郎 (1977) 『社会福祉と心理学』 一粒社.
- 柏木昭 (1982) 「働きかけの視点を求めて」『精神医学ソーシャルワーク』 15 (1), 17-27.
- 柏木昭 (1989) 「自己覚知について思う」『精神医学ソーシャルワーク』 19 (1), 2-3.
- 柏木昭 (1991) 「ケースワーク」『精神医学ソーシャル・ワーク』 (28), 66-7.
- 柏木昭 (1993) 「PSW の専門性と教育」 柏木昭編『改訂精神医学ソーシャルワーク』 岩崎学術出版社, 53-62.
- 柏木昭 (1995) 「法 38 条の戦略」『精神医学ソーシャルワーク』 (35), 83-90.
- 柏木昭 (1996) 「PSW の歴史」 柏木昭編著『三訂 精神医学ソーシャルワーク』 岩崎学術出版社, 38-48.
- 柏木昭 (1997) 「直接援助技術の臨床研究に携わって」 柏木昭・篠野脩一編『医療と福祉のインテグレーション』 へるす出版, 2-12.
- 柏木昭 (1999) 「ソーシャルワーカーとしての精神保健福祉士」『精神保健福祉』 30 (1), 4-8.
- 柏木昭 (2002) 「ソーシャルワーカーに求められるかかわりの意義」『現代のエスプリ』 422,

36-45.

柏木昭 (2007) 「誌上スーパービジョンとは何か」 社団法人日本精神保健福祉士協会広報出版部出版企画委員会編『スーパービジョン』へるす出版, 1-4.

柏木昭 (2010) 「“トポス”の創造とソーシャルワーカー」 柏木昭・佐々木敏明『ソーシャルワーク協働の思想』へるす出版, 74-97.

柏木昭 (2011) 「私とソーシャルワーク」 岸川洋治・柏木昭『みんなで参加し共につくる (福祉の役わり・福祉のこころ)』聖学院大学出版会, 60-95.

柏木昭 (2014) 「『かかわり』が結晶する協会 50 年の系譜」, 公益社団法人日本精神保健福祉士協会設立 50 周年記念講演会資料, 2014 年 11 月 28 日, 明治記念館.

柏木昭 (2017) 「誌上スーパービジョンの振り返り」『精神保健福祉』48 (1), 24-7.

柏木昭・坪上宏・佐竹洋人他 (1969) 「我が国における精神医学ソーシャル・ワークの現状と将来」『精神医学ソーシャル・ワーク』4 (2), 26-36.

柏木昭・小松源助・谷中輝雄他 (1985) 「協会の歴史を通しての PSW 論」『精神医学ソーシャル・ワーク』(23), 58-84.

柏木昭・佐々木敏明 (2010) 『ソーシャルワーク協働の思想』へるす出版.

柏木昭・佐々木敏明 (2010) 「『協働』の思想、ソーシャルワークに帰れ」 柏木昭・佐々木敏明編『ソーシャルワーク 協働の思想』へるす出版, 32-72.

柏木昭・大野和男・柏木一恵 (2014) 「鼎談／精神保健福祉士の 50 年」『精神保健福祉』45 (3), 158-63.

柏木昭・大野和男・西澤利朗他 (2020) 「先達から学ぶ」『精神保健福祉』51 (1), 156-7.

柏木一恵 (2002) 「長期入院者と精神科病院の PSW」『精神保健福祉』33 (2), 123-7.

柏木一恵・小田敏雄・安藤里恵子他 (2002) 「精神科病院 PSW の現状から見えてくるもの」『精神保健福祉』33 (2), 133-41.

加藤蔵行 (2015) 「30 年以上も入院していたことに」きょうされん広報・出版・情報委員会編『白い部屋を飛び出して』きょうされん, 9-17.

加藤正明 (2000) 「我が国における社会精神医学の過去, 現在, 未来について」『日本社会精神医学会雑誌』9 (1), 45-52.

川口真知子 (2009) 「精神科病院からの地域移行を実現する具体的実践を」『精神保健福祉』40 (2), 89-92.

川村敏明・向谷地生良 (2008) 『退院支援、べてる式』医学書院.

- 菊池謙一郎・新開淑子・小口徹他（1998）「長期在院の精神分裂病患者の退院の意向とそれに関連する要因について」『臨床精神医学』27（5）、563-71.
- Killaspy, H., Johnson, S., Pierce, B., et al（2009）: Successful engagement : a mixed methods study of the approaches of assertive community treatment and community mental health teams in the REACT trial, Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol, 44, 532-40.
- 木村朋子（2013）「東京地業研から見た東京の精神科病院」『精神医療〔第4次〕』（69），99-106.
- 金城多美子（2013）「利用者の希望の確認」特定非営利活動法人全国精神障害者地域生活支援協議会『障害者地域移行支援・地域定着支援ガイドブック』中央法規，41-5.
- 木下康仁（2003）『グラウンデッド・セオリー・アプローチの実践―質的研究への誘い』弘文堂.
- 木下康仁（2009）『質的研究と記述の厚み』弘文堂.
- 小出保廣（2004）「草創期（1964～1969）」社団法人日本精神保健福祉士協会事業部出版企画委員会編『日本精神保健福祉士協会 40 年史』社団法人日本精神保健福祉士協会，25-31.
- 厚生労働省（2004）『精神保健医療福祉の改革ビジョン』（<https://www.mhlw.go.jp/kokoro/nation/vision.html>, 2020.11.4）.
- 厚生労働省（2009）『精神保健医療福祉の更なる改革に向けて』（<https://www.mhlw.go.jp/shingi/2009/09/s0924-2.html>, 2020.11.4）.
- 厚生労働省（2014）『長期入院精神障害者の地域移行に向けた具体的方策の今後の方向性』（<https://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/0000051136.html>, 2020.11.4）.
- 厚生労働省（2017）『障害者相談支援事業の実施状況等（平成 28 年調査）』（https://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-12200000-Shakaiengokyokushougaihokenfukushibu/0000069105_7.pdf, 2018.8.1）.
- 厚生労働省（2018）『平成 30 年医療施設動態調査・病因報告の概況』（<https://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/iryosd/18/>, 2020.11.4）.
- 厚生労働省（2019）『地域共生社会に向けた包括的支援と多様な参加・共同の推進に関する検討会』（https://www.mhlw.go.jp/stf/newpage_04612.html, 2020.11.4）.
- 厚生労働省（2020a）『精神保健医療福祉の現状』（<https://www.mhlw.go.jp/content/12200000>

/000607971.pdf, 2020.11.4).

厚生労働省 (2020b)『自立生活援助、地域相談支援（地域移行支援・地域定着支援）に係る報酬・基準について 《論点等》』（https://www.mhlw.go.jp/stf/newpage_13497.html, 2020.11.4)

窪田暁子 (2013)『福祉援助の臨床』誠信書房.

國重智宏 (2010)「退院から地域定着へ」北海道地域ケアマネジメントネットワーク編『精神障害者の退院・退所を支援する地域移行推進員等の育成に関する調査研究事業報告書』北海道地域ケアマネジメントネットワーク, 94-5.

國重智宏 (2015)「ベテラン精神科ソーシャルワーカーのクライアントとの『かかわり』形成プロセス」『ライフデザイン研究』(10), 19-49.

國重智宏 (2017)「退院支援における相談支援事業所 PSW のかかわり」『ライフデザイン学』(13), 285-96.

國重智宏 (2018)「精神科病院から退院および地域定着支援」精神保健医療福祉白書編集委員会編『精神保健医療福祉白書 2018／2019』中央法規, 172.

國重智宏 (2019)「長期入院精神障害者の退院支援における相談援助事業所に勤務する精神保健福祉士の『かかわり』のプロセス」『社会福祉学』59 (4), 30-40.

國重智宏・鬼塚香 (2016)「精神科ソーシャルワーカーの援助に対する自己批判」『ライフデザイン研究』(11), 31-55.

黒木満寿美 (2003)「総合病院のなかで考えたこと」『精神保健福祉』34 (1), 36-7.

丸瀬恵 (2010)「地域移行支援の事例と課題」北海道地域ケアマネジメントネットワーク編『精神障害者の退院・退所を支援する地域移行推進員等の育成に関する調査研究事業報告書』北海道地域ケアマネジメントネットワーク, 92-3.

松永宏子 (2003)「精神保健福祉分野における研修」『精神保健福祉』34 (2) 109-12.

三代浩肆 (1970)「パネルディスカッション要旨 3」『精神医学ソーシャル・ワーク』5 (2), 4-5.

見浦康文 (1970)「パネルディスカッション要旨 2」『精神医学ソーシャル・ワーク』5 (2), 3-4.

物江克男 (2010)「精神医療は精神障害者福祉を位置づけることができるのか」『精神医療 [第4次]』(57), 79-82.

森山公夫 (1984)「報徳会宇都宮病院の構造」『精神医療』(51), 2-11.

Mosher, Loren R. and Burti, Lorenzo (1989) Community mental health, New York Norton.

(=1992, 公衆衛生精神保健研究会訳『コミュニティメンタルヘルス』中央法規.)

向谷地生良 (1992)『『べてる』を支えるもの - その理念と実際 - 』べてるの家の本制作委員会『べてるの家の本』べてるの家, 12-32.

向谷地生良 (1996)『『べてるの家』から学ぶもの』『こころの科学』(67), 8-12.

向谷地生良 (2002a)「苦勞をとりもどす」浦河べてるの家編『べてるの家の非援助論』医学書院, 42-6.

向谷地生良 (2002b)「公私混同大歓迎」浦河べてるの家編『べてるの家の「非」援助論』医学書院, 210-6.

向谷地生良 (2009)『統合失調症を持つ人への援助論-人とのつながりを取りもどすために-』金剛出版.

向谷地生良 (2009)『技法以前 べてるの家のつくりかた』医学書院.

長野敏宏 (2018)「地域住民との連携」伊藤順一郎監修『病棟に頼らない地域精神医療論』金剛出版, 197-206.

中越章乃 (2016)「精神科病院における退院支援に関する文献的検討 ー長期在院精神障害者の退院意欲を中心にー」『神奈川県立保健福祉大学誌』13 (1), 53-9.

仲野実 (1980)「退院して病院周辺のアパートに住んでいる人達についての報告」『精神医療』9 (2), 3-16.

七瀬タロウ (2006)「日精協政治連盟の『政治献金』問題のその後」『精神医療 [第4次]』(41), 93-5

成田善弘 (2005)『治療関係と面接』金剛出版.

名城健二 (2007)『精神科ソーシャルワーカーの実践とかかわり』中央法規.

日本精神保健福祉士協会企画部痴呆性疾患を有する高齢者の処遇についての研究委員会編 (2002)『PSW のかかわり実践集』日本精神保健福祉士協会.

日本精神保健福祉士協会企画部生涯研修制度検討委員会編 (2007)『社団法人日本精神保健福祉士協会構成員ハンドブック』社団法人日本精神保健福祉士協会.

日本精神保健福祉士協会 (2007)『精神障害者の退院促進支援事業の手引き』日本精神保健福祉士協会.

日本精神保健福祉士協会 (2008)『良質な相談支援を支える地域のしくみ作りに関する人材育成研修プログラム開発』日本精神保健福祉士協会.

- 日本精神保健福祉士協会編（2008）『生涯研修制度共通テキスト 第1巻』社団法人日本精神保健福祉士協会.
- 日本精神保健福祉士協会編（2010）『精神保健福祉士業務指針及び業務分類 第1版』社団法人日本精神保健福祉士協会.
- 日本精神保健福祉士協会編（2014）『精神保健福祉士業務指針及び業務分類 第2版』公益社団法人日本精神保健福祉士協会.
- 日本精神保健福祉士協会（2014）『精神保健福祉士のための社会的入院解消に向けたガイドライン（ver.1）／相談支援ハンドブック（ver1.3）』日本精神保健福祉士協会.
- 日本精神保健福祉士協会編（2016）『生涯研修制度共通テキスト [第2版]』公益社団法人日本精神保健福祉士協会.
- 日本精神保健福祉士協会（2018）『精神保健福祉士の倫理綱領』（<http://www.japsw.or.jp/syokai/rinri/japsw.htm#4-3>, 2020.12.26.）
- 日本精神保健福祉士協会編（2020）『精神保健福祉士業務指針 第3版』日本精神保健福祉士協会.
- 日本精神医学ソーシャル・ワーカー協会提案委員会（1981）『提案委員会報告（抜粋）』日本精神医学ソーシャル・ワーカー協会.
- 日本精神医学ソーシャル・ワーカー協会（1994）『日本精神医学ソーシャルワーカー協会の歩み 1984～1993』日本精神医学ソーシャル・ワーカー協会.
- 日本精神医学ソーシャル・ワーカー協会編（1998）『わが国の精神保健福祉の展望』へるす出版.
- 日本精神医学ソーシャル・ワーカー協会島根支部（1985）「島根県における PSW の業務実態調査」『精神医学ソーシャル・ワーク』17（23），18-27.
- 岡田宏基（2020）「長期入院統合失調症者の陰性症状の特徴および退院困難要因との関連」『精神障害とリハビリテーション』24（2），193-200.
- 岡田靖雄（2002）『日本精神科医療史』医学書院.
- 岡村重夫・北田章・長坂五朗他（1967）「精神障害者の福祉をめぐって」『精神医学ソーシャル・ワーク』2（2），30-43.
- 奥田知志（2018）「困窮者支援における伴走型支援とは」埋橋孝文・同志社大学社会福祉教育・研究支援センター編『貧困と生活困窮者支援』法律文化社，9-44.
- 大熊一夫（1981）『ルポ・精神病棟』朝日新聞社.

- 大熊一夫（1988）『新ルポ精神病棟』朝日新聞社.
- 大嶋巖・吉住昭・稲沢公一他（1996）「精神分裂病長期入院者の退院意向と希望する生活様式～全国の精神科医療施設約4万床を対象とした自記式調査から～」『病院・地域精神医学』38（4），108-17.
- 大島巖（2000）「精神保健法に基づく精神障害者社会復帰施設の実態と課題1年の全国調査から」『病院・地域精神医学』（102），29-36.
- 大谷京子（2010）「精神保健福祉領域におけるソーシャルワーカークライアント関係に関する実証研究」『社会福祉学』51（3），31-43.
- 大谷京子（2012）『ソーシャルワーク関係』相川書房.
- 尾崎新（1994）『ケースワークの臨床技法』誠信書房.
- 尾崎新（1997）『対人援助の技法』誠信書房.
- 尾崎新（2002）「自己決定を尊重する現場の力」尾崎新編『「現場」のちから』誠信書房、126-152.
- Rapp, C. and Goscha, R. (2011) The Strengths Model : A Recovery-Oriented Approach to Mental Health Services, Third Edition., Oxford University Press. (=2014, 田中英樹監訳『ストレングスモデル：リカバリー志向の精神保健福祉サービス [第3版]』金剛出版.)
- 雑賀良彦（2015）「生活するということは、自分で決めるということ」きょうされん広報・出版・情報委員会編『白い部屋を飛び出して』きょうされん，51-9.
- 佐々木敏明（2004）「協会前史（～1963年）」社団法人日本精神保健福祉士協会事業部出版企画委員会編『日本精神保健福祉士協会40年史』社団法人日本精神保健福祉士協会，18-24.
- 佐々木敏明・古屋隆太（2014）「創始期（1964年～1972年）9年間：協会創設からY問題前まで」日本精神保健福祉士協会50年史編集委員会編『日本精神保健福祉士協会50年史』公益社団法人日本精神保健福祉士協会，9-15.
- 齊藤くに（2015）「退院できて本当によかった」きょうされん広報・出版・情報委員会編『白い部屋を飛び出して』きょうされん，33-42.
- 里見和夫（2003）「大和川病院事件から精神医療を問う」『精神神経学雑誌』105（7），868-871.
- 佐藤光正（2008）「ケアマネジメント」『精神科臨床サービス』8（4），26-9.

- 澤野文彦 (2010)「精神科病院で働く精神保健福祉士の今日的課題」『精神保健福祉』41 (2), 88-91.
- 精神医療人権基金運営委員会 (1986)『国際法律家委員会 日本における人権と精神病患者』悠久書房.
- 関口鉄夫 (2015)「今は共同作業所が大切な場所」きょうされん広報・出版・情報委員会編『白い部屋を飛び出して』きょうされん, 43-50
- 瀬戸山淳 (2003)「社会的入院の社会的理由と PSW のかわりについて」『精神保健福祉』34 (1), 41-3.
- 柴田晃 (1967)「破瓜型分裂病者の社会復帰面接の特殊性について」『精神医学ソーシャル・ワーク』2 (2), 16-22.
- 柴田憲良・鈴木幸子・井村満知子他 (1984)「同和会千葉病院における社会復帰活動」『病院・地域精神医学』(76), 175-83.
- 鹿野勉 (2003)「大阪府における『退院促進事業』をめぐって」『精神保健福祉』34 (1), 70-7.
- 白石弘巳 (2012)「当事者・家族にとっての『回復』との支援をめぐって」『精神科看護』39 (10), 20-9.
- 白石弘巳 (2018)『ころがって、つながる』やどかり出版.
- 白石弘巳 (2019)「精神疾患における障害概念と精神障害者・家族への支援」『精神障害とりハビリテーション』23 (1), 10-5.
- Stake,R.E. (2000) Case Studies, Denzin,N. K.and Lincoln,Y.S.eds. Handbook of qualitative research,2nd Ed.,Sage Publications. (=2006, 平山満義監訳『質的研究ハンドブック 2巻 質的研究の設計と戦略』北大路書房, 101-20.)
- 杉原努 (2016)「精神科病院長期入院者の退院に至る変化に関する研究」『臨床心理学部研究報告』(9), 3-16.
- 杉原努 (2019)『精神科病院長期入院患者の地域生活移行プロセス』明石書店.
- 杉山幸孝 (2015)「退院をあきらめないで」きょうされん広報・出版・情報委員会編『白い部屋を飛び出して』きょうされん, 24-32.
- 助川征雄 (2002)『ふたりぼっち』万葉社.
- 鈴木詩子 (2019)「PSW の新たなステージを前に」『精神医療 [第4次]』(95) 70-6.
- 高木健志 (2013)「精神保健福祉士による退院援助実践に関する考察 (その1)」『山口県立

- 大学社会福祉学部紀要』(19), 37-47.
- 高木健志 (2017)「長期入院精神障害者の『退院の意思決定』を支える退院援助実践に関する研究」『山口県立大学学術情報』(10), 147-53.
- 高橋一 (2002)「精神科病院におけるソーシャルワーカー」柏木昭編著『新精神医学ソーシャルワーク』岩崎学術出版社, 71-87.
- 高橋清彦, 長坂五朗, 依岡信幸他 (1968)「いわゆる『中間施設』(あけぼの寮)の試み」『病院精神医学』(23), 11-21.
- 高橋操 (2015)「幸せになれるよ」きょうされん広報・出版・情報委員会編『白い部屋を飛び出して』きょうされん, 18-23.
- 竹端寛 (2016)「精神医療のパラダイムシフト」遠塚谷富美子・吉池毅志・竹端寛他『精神病院時代の終焉』晃洋書房, 83-119.
- 滝沢武久 (2014)『検証 日本の精神科社会的入院と家族』筒井書房.
- 田倉保男 (1972)「ソーシャルワーク実践における『方法』と『技術』について - 愛知・一宮・佐藤神経科病院問題の提起したもの - 」『精神医学ソーシャル・ワーク』7 (1), 1-5.
- 谷しおり (1993)「いま、ここから 闘病・二〇年」谷中輝雄編『旅立ち 障害を友として』やどかり出版, 47-80.
- 田尾有樹子 (2008)「巣立ち会の地域移行支援」『精神障害とリハビリテーション』12 (2), 148-53.
- 田尾有樹子 (2010)「退院・地域移行 巣立ち会からの発信」『精神医療 [第4次]』(57), 48-52.
- 立岩真也 (2013)『造反有理』青土社.
- 立岩真也 (2015)『精神病院体制の終わり』青土社.
- 寺谷隆子 (2002)「全員参加と協働の地域支援」東雄司・江畑敬介監修『みんなで進める精神障害リハビリテーション』星和書店, 81-93.
- 寺谷隆子 (2008)『精神障害者の相互支援システムの展開』中央法規出版.
- 富島喜揮 (2011)「メンタルヘルスとスクールソーシャルワーク」三原博光編『日本の社会福祉の現状と展望』岩崎学術出版社, 110-25.
- 富島喜揮 (2019)「PSW が PSW でなくなる時」『精神医療 [第4次]』, 46-52.
- 坪上宏 (1970)「社会福祉的援助活動とはなにかーケースワーク論の再検討より試論へ」『精

- 神医学ソーシャルワーク』5（1），2-12.
- 坪上宏（1988）「援助者自身の自己発見」谷中輝雄・藤井達也編『心のネットワークづくり』松籟社，189-96.
- 坪上宏（1994）「いま考える二つのこと」『精神医学ソーシャル・ワーク』（32），31-41.
- 坪上宏（1998）『援助関係論を目指して 坪上宏の世界』やどかり出版.
- 坪上宏・谷中輝雄編（1995）「早川先生から PSW へのメッセージ」『あたりまえの生活 PSW の哲学的基礎 早川進の世界』やどかり出版，123-138.
- 坪上宏・谷中輝雄・大野和男（1998）「PSW 協会と坪上宏」坪上宏編（1998）『援助関係論を目指して 坪上宏の世界』やどかり出版，71-105.
- 上野大樹（2012）「暗黙知」大澤真幸・吉見俊哉・鷺田清一編『現代社会学事典』弘文堂，38-9.
- 上野康夫・八重樫久美子（2014）「川崎市における地域移行・地域定着支援の取り組みについて」『精神科臨床サービス』14（2），208-11.
- 山田恭子（2005）「長期入院者の退院支援への取り組み」社団法人日本精神保健福祉士協会精神保健福祉部精神医療委員会編『社会的入院の解消に向けて』社団法人日本精神保健福祉士協会，15-25.
- 山口多希代（2005）「長期入院者の退院支援」社団法人日本精神保健福祉士協会精神保健福祉部精神医療委員会編『社会的入院の解消に向けて』社団法人日本精神保健福祉士協会，54-63.
- 山本深雪（1995）「大阪精神医療人権センターの活動と大和川病院事件」『精神医学ソーシャル・ワーク』（34），45-8.
- 谷中輝雄（1974）「病んだ心の世界（1）精神病棟における彼等」『看護学生』22（4），19-21.
- 谷中輝雄（1976）『『精神障害者』の社会復帰について』やどかりの里セミナー委員会編『精神障害者の社会復帰への実践』やどかり出版，11-51.
- 谷中輝雄（1979）「看護を超えて」『看護学雑誌』43（8），810.
- 谷中輝雄（1983）「精神障害者とのかかわりから学んだこと」『ソーシャルワーク研究』8（3），25-31.
- 谷中輝雄（1987）「あたり前の生活の実現とめざして」日本精神医学ソーシャルワーカー協会編『精神障害者のあたり前の生活の実現をめざして』日本精神医学ソーシャルワーカー

- 協会, 71-86.
- 谷中輝雄 (1988)「やどかりの里の歩みをふりかえって」谷中輝雄・藤井達也編著『心のネットワークづくり』松籟社, 13-52.
- 谷中輝雄 (1993)『谷中輝雄論稿集Ⅰ 生活』やどかり出版.
- 谷中輝雄 (1993)『谷中輝雄論考集Ⅱ かかわり』やどかり出版.
- 谷中輝雄 (1995)「早川進とやどかりの里」坪上宏・谷中輝雄編『あたりまえの生活 PSW の哲学的基礎 早川進の世界』やどかり出版, 5-83.
- 谷中輝雄 (1996)『生活支援』やどかり出版.
- 谷中輝雄 (2000a)「生活支援形成過程について：やどかりの里における生活モデルの提示」『精神障害とリハビリテーション』4 (2), 132-6.
- 谷中輝雄 (2000b)「精神障害者福祉とソーシャルワーク」『ソーシャルワーク研究』25 (4), 301-7.
- 谷中輝雄 (2004)「協会再編への道のり」『精神保健福祉』35 (2), 123-7.
- 谷中輝雄・柏木昭・三代浩肆他 (1970)「パネル討議」『精神医学ソーシャル・ワーク』5 (2), 8-15.
- 谷中輝雄・早川進 (1977)『改訂 ごくあたりまえの生活をもとめて』やどかり出版.
- 谷中輝雄・藤井達也編著 (1988)『心のネットワークづくり』松籟社.
- 安原荘一 (2003)「日精協の『政治献金』問題について」『精神医療第4次』(32), 26-38.
- 横山登志子 (2006)『『現場』での『経験』を通したソーシャルワーカーの主体的再構成プロセス』『社会福祉学』47 (3), 29-42.
- 横山登志子 (2008)『ソーシャルワーク感覚』弘文堂.
- 吉原明美 (2005)「社会的入院患者の退院促進に向けた大阪府の取り組み」『精神医学』47 (12), 1353-61.
- 渡辺朝子 (1969)「病院医療と地域精神衛生活動」『精神医学ソーシャル・ワーク』4 (1), 40-3.
- 渡邊博幸 (2011)「旭中央病院精神科多職種アウトリーチシステムによる危機状況への対応」15 (1), 21-7.

資料

1. アンケート調査（第3章）関係書類

1) 調査依頼文書

長期入院精神障害者の地域移行支援における
相談支援専門員の利用者との「かかわり」に関するアンケート調査
ご説明とご協力をお願い

相談支援専門員の皆様

拝啓 向春の候、ますますご清祥のこととお慶び申し上げます。

私は、國重 智宏 と申します。これまで精神保健福祉現場で長期入院精神障害者（以下、長期入院者）の退院支援に携わり、その後、大学等で精神保健福祉士（以下、PSW）の養成を行っております。現在、東洋大学大学院ヒューマンデザイン専攻高齢者・障害者支援学コースに在籍し、長期入院者の退院支援における相談支援事業所 PSW の「かかわり」について研究に取り組んでいます。

現在、私は科学研究費助成事業を受けて「長期入院精神障害者の退院支援における精神保健福祉士の『かかわり』」（課題番号：16K04189）に関する研究を行っております。

本調査に先立ち、地域移行支援において先駆的实践を行っている相談支援事業所の方にご協力いただいてインタビュー調査を実施し、地域移行支援における相談支援事業所 PSW の「かかわり」のプロセスについてご回答をいただきました。先の調査結果も合わせ、長期入院者の地域移行支援における相談支援専門員の「かかわり」の実像を明らかにし、丁寧な「かかわり」を可能にするサービスのあり方を提案していきたいと考えております。

つきましては同封の質問紙の内容について、貴施設の相談支援専門員の方（3名程度）にご回答いただけますと幸いです。お忙しいところ大変恐縮ではございますが、何卒ご協力いただけますようお願い申し上げます。

敬具

平成●年●月●日

東洋大学大学院 福祉社会デザイン研究科
ヒューマンデザイン専攻博士 後期課程3年

東京通信大学人間福祉学部人間福祉学科
助教 國重 智宏

<調査概要>

1. 調査目的

本調査は、地域移行支援における相談支援専門員の「かかわり」の構成要素とその背景にある共通因子、退院者数と相談支援専門員の「かかわり」との関係性を明らかにすることを目的としています。

2. 調査対象

相談支援事業所において、長期入院精神障害者の地域移行支援に携わった経験のある相談支援専門員(資格・雇用形態は問いません)で、研究の趣旨を理解し、ご協力いただける方(3名程度)。

3. 調査に関する留意事項

- 本調査の回答に正解や不正解はありません。
- 結果の公表に際して個人や個別の事業所が特定されるようなことは一切ありません。
- 調査結果は、研究目的以外では一切使用しません。
- 調査へのご協力は任意です。ご協力頂けない場合でも不利益を被ることは一切ありません。
- 質問紙へのご回答をもって、本調査ご協力への同意とさせていただきます。
- 本調査の結果は学会、学位論文等で公表されます。

返送期日：平成●年●月●日 までに、同封いたしました返信用封筒でご返送いただけますようよろしくお願い申し上げます。

【所属】東京通信大学人間福祉学部人間福祉学科

助教 國重 智宏

〒160-0023 東京都新宿区西新宿 1-7-3

Tel:(代)03-3344-2222

【お問合せ】

研究室を不在にしていることも多く、また4月より帝京平成大学に異動いたしますので、下記の連絡先にお問い合わせください。よろしくお願いいたします。

担当者直通 TEL: ●-●-● FAX: ●-●-●

E-mail:kunishige@toyo.jp



2) アンケート調査票

本調査は、精神障害者の長期入院の解消に向けて、その中心的役割を担う相談支援専門員の方たちの利用者さん(長期入院精神障害者)との「かかわり」について明らかにすることを目的としております。

回答の内容は研究以外の目的には使用いたしません。調査は無記名であり、回答の内容が外部に漏れることはありません。ありのままにお答えいただきますようお願いいたします。

なお、本調査における「地域移行支援」とは、**地域の事業者の立場で行った退院支援**を指します(病院職員として行った退院支援は含みません)。**個別給付化以前の地域移行支援や退院促進事業、都道府県や市区町村の独自事業も含みます。**

	行 わ な い	あ ま り 行 わ な い	時 々 行 う	よ く 行 う	と て も よ く 行 う
I. 地域移行支援・地域定着支援を行う際に、あなたが実際に行った外出支援について伺います。それぞれの項目について最も近いもの1つに丸をつけてください。					
1 一緒に外食に行く	1	2	3	4	5
2 一緒に買い物に行く	1	2	3	4	5
3 一緒に散歩に行く	1	2	3	4	5
4 一緒に遊び(映画、カラオケ、ボーリングなど)に行く	1	2	3	4	5
5 一緒にお酒を飲む	1	2	3	4	5
6 一緒に銀行や郵便局に行く	1	2	3	4	5
7 一緒に電車やバスなどの乗り方の練習をする	1	2	3	4	5
8 (外泊時に)一緒に家事の練習をする	1	2	3	4	5
9 一緒に日中活動の場所(就労系や生活訓練の事業所等)に見学に行く	1	2	3	4	5
10 一緒に携帯電話の契約に行く	1	2	3	4	5
11 役所に同行して必要な申請手続きなどの支援を行う	1	2	3	4	5
12 福祉サービスの利用に関する支援(見学同行など)を行う	1	2	3	4	5
13 引っ越しの手伝いをする	1	2	3	4	5

II. 地域移行支援・地域定着支援を行う際に、あなたが実際に行った住まい探しに関する支援について伺います。それぞれの項目について最も近いもの1つに丸をつけてください。

1 一緒に賃貸物件の内見に行く	1	2	3	4	5
2 一緒に利用者の住まい(持ち家や実家など)に行く	1	2	3	4	5
3 一緒にグループホームなどの入所施設の見学に行く	1	2	3	4	5
4 外泊(体験宿泊等)の希望を聞く	1	2	3	4	5
5 外泊先(体験宿泊先等)を訪問する	1	2	3	4	5
6 退院後の住まいに関する希望(部屋の間取りや立地など)を聞く	1	2	3	4	5
7 住居の賃貸契約に同席する	1	2	3	4	5

III. 地域移行支援・地域定着支援を行う際に、あなたが実際に行った相談支援について伺います。それぞれの項目について最も近いもの1つに丸をつけてください。

1 寂しさに関する相談を受ける	1	2	3	4	5
2 精神症状に関する相談を受ける	1	2	3	4	5
3 薬(副作用など)に関する相談を受ける	1	2	3	4	5
4 体調不良(精神症状以外)に関する相談を受ける	1	2	3	4	5
5 医療サービスに関する相談を受ける	1	2	3	4	5
6 趣味や余暇の過ごし方についての相談を受ける	1	2	3	4	5
7 家族との関係に関する相談を受ける	1	2	3	4	5
8 恋愛・結婚に関する相談を受ける	1	2	3	4	5
9 家族以外の人間関係(友人、近隣住民など)に関する相談を受ける	1	2	3	4	5
10 他の支援者との人間関係に関する相談を受ける	1	2	3	4	5

		行 わ な い	あ ま り 行 わ な い	時 々 行 う	よ く 行 う	と て も よ く 行 う
11	お金(使い過ぎてしまったなど)に関する相談を受ける	1	2	3	4	5
12	生活上の困りごと(食事, 掃除, ゴミ捨てなど)に関する相談を受ける	1	2	3	4	5
13	将来(就職や進学など)に関する相談を受ける	1	2	3	4	5
14	福祉サービスの利用に関する相談を受ける	1	2	3	4	5
15	一緒にケアプラン(地域移行支援計画書やサービス等利用計画等)を作成する	1	2	3	4	5
16	本人の思いに合わせてケアプラン(地域移行支援計画書やサービス等利用計画等)を修正する	1	2	3	4	5

IV. 地域移行支援・地域定着支援として、あなたが実際に行ってきた支援について伺います。

それぞれの項目で最も近いもの1つに丸をつけてください。

1	ネガティブな感情を受けとめる	1	2	3	4	5
2	話を切らずに聴く	1	2	3	4	5
3	思いを語るまで待つ	1	2	3	4	5
4	ひっきりを感じたことを訊ねる	1	2	3	4	5
5	好きなこと(趣味、好きな食べ物や歌手など)について聞く	1	2	3	4	5
6	やりたいこと(「どこに行きたい」「何をしたい」など)について聞く	1	2	3	4	5
7	いつまでに退院したいか聞く	1	2	3	4	5
8	福祉サービスの利用に関する希望を聞く	1	2	3	4	5
9	支援者の気持ちを素直に伝える	1	2	3	4	5
10	入院生活の不満や不自由さについて聴く	1	2	3	4	5
11	入院になった経緯を聴く	1	2	3	4	5
12	(本人の退院意欲が乏しい場合)会いに来てもらうか確認する	1	2	3	4	5
13	(本人の退院意欲が乏しい場合)退院したかった時の気持ちを聴く	1	2	3	4	5
14	地域のインフォーマルな資源(一般の賃貸住宅や就職先など)を優先的に使う	1	2	3	4	5

V. 地域移行支援・地域定着支援において、利用者さんとの連絡の取り方などについて伺います。

それぞれの項目について実際に行っていることに最も近いもの1つに丸をつけてください。

1	携帯電話(事業用)の番号を伝えている	1	2	3	4	5
2	携帯電話(プライベート用)の番号を伝えている	1	2	3	4	5
3	SNS(LINEなど)で連絡が取れるようにしている	1	2	3	4	5
4	メールアドレスを伝えている	1	2	3	4	5
5	日中以外の時間帯でも相談を受ける	1	2	3	4	5
6	日中以外の時間帯でも必要に応じて訪問する	1	2	3	4	5

VI. 地域移行支援・地域定着支援でかわった利用者さんとの関係について伺います。

それぞれの項目について実際に行っていることに最も近いもの1つに丸をつけてください。

1	契約前に一緒に外食や外出をする	1	2	3	4	5
2	一緒に退院のお祝いをする	1	2	3	4	5
3	支援者自身のプライベート(家族の話など)に関する話をする	1	2	3	4	5
4	訪問時に出されたお茶やコーヒーなどをいただく	1	2	3	4	5
5	利用者さんからお土産や自宅で作った野菜などをもらう	1	2	3	4	5
6	利用者さんにお土産などをあげる	1	2	3	4	5
7	(支援者が利用者さんを信用して)頼みごとをする	1	2	3	4	5
8	(一度退院した後に再入院した場合)入院先を訪ねる	1	2	3	4	5
9	担当を外れた後も相談にのる	1	2	3	4	5
10	契約終了後も相談にのる	1	2	3	4	5
11	契約終了後も一緒に外食や外出をする	1	2	3	4	5
12	契約終了後も支援者から連絡する	1	2	3	4	5

Ⅱ. あなたについてお伺いします。該当するものを○で囲む、もしくは回答となる数字などをご記入ください。なお、本調査の「地域移行支援」とは、**地域の事業者の立場で行った退院支援**を指します。**個別給付化以前の地域移行支援や退院促進事業、都道府県や市区町村の独自事業も含みます。**

(1) 性別	1 男性 2 女性
(2) 年齢 (2019 年 1 月 1 日現在)	歳
(3) 対人援助職としての経験年数* ¹ (2019 年 1 月 1 日現在) * ¹ 福祉、医療領域で支援者 (相談支援以外も含みます) として勤務していた年数	年
(4) 精神障害者の地域移行支援の経験年数 (2019 年 1 月 1 日現在)	年
(5) 保有国家資格 *複数回答可 1 社会福祉士 2 精神保健福祉士 3 看護師 4 保健師 5 作業療法士 6 その他 () 7 国家資格なし	
↳ (5) で 1 社会福祉士 と回答した方のみお答えください。受験資格を取得したルートを教えてください。 1 福祉系大学 2 短期養成施設 3 一般養成施設 4 福祉系短大+実務経験 5 その他 ()	
↳ (5) で 2 精神保健福祉士 と回答した方のみお答えください。受験資格を取得したルートを教えてください。 1 福祉系大学 2 短期養成施設 3 一般養成施設 4 福祉系短大+実務経験 5 現任者講習会 6 その他 ()	
(6) 現在担当している事業 *複数回答可 1 地域移行支援 2 地域定着支援 3 計画相談 4 地域活動支援センター 5 その他 ()	
(7) 現在担当している計画相談の利用者数	名
(8) 現在担当している地域移行支援の利用者数	名
(9) 現在担当している地域定着支援の利用者数	名
(10) 現在 上記以外の事業 で 個別担当 している利用者数	名
(11) これまで担当した精神科病院からの地域移行支援の利用者数* ² (概数) * ² 既に支援が終了している方 (退院しなかった方も含みます)	名
(12) これまで担当した精神科病院からの地域移行支援の退院者数* ³ (概数) * ³ 退院し、かつ既に支援が終了している方	名
(13) 勤務している相談支援事業所のスタッフ数 (常勤換算)	名
(14) 勤務している相談支援事業所の あなた以外 の地域移行支援担当者数 (常勤換算)	名
(15) 勤務している相談支援事業所が実施、受託している事業 *複数回答可 1 地域移行支援 2 地域定着支援 3 計画相談 4 地域活動支援センター 5 その他 ()	
(16) 勤務している相談支援事業所の法人種別 1 社会福祉法人 2 NPO 法人 3 医療法人 4 市町村 5 公益法人 6 営利法人 7 その他 ()	
(17) 勤務している法人が有している事業・施設 *複数回答可 1 グループホーム 2 宿泊型自立訓練 3 障害者支援施設 4 福祉ホーム 5 就労継続支援 6 就労移行支援 7 地域活動支援センター 8 精神科病院 9 精神科診療所 10 精神科デイケア 11 訪問看護 12 高齢者を対象とした入所施設 13 その他 ()	

3) 倫理審査結果通知書

20180401 福祉社会デザイン研究科《朝霞》

(様式第4号)

平成 31 年 3 月 7 日

倫理審査結果通知書

申請者 國重 智宏 殿

東洋大学大学院福祉社会デザイン研究科
研究等倫理委員会

委員長 大迫正文 (印)
(委員長自署)

研究テーマ：長期入院精神障害者の退院支援における精神科ソーシャルワーカーの「かかわり」

研究代表者名： 國重 智宏

上記の研究について、福祉社会デザイン研究科学研究等倫理委員会で審議し、下記の判定となったことを通知する。

記

(ワケ内は委員長が記入)

判 定	(〇) 承認	承認番号 H30-00088
	() 不承認	() 条件付承認
	() 非該当	() 申請の内容変更の勧告
条件または 不承認の理由		

2. インタビュー調査（第4章）関係書類

1) 調査依頼文書

●年●月●日

インタビュー協力者 様

インタビュー調査へのご協力をお願い

この度はお忙しい中、本調査にご協力頂き、誠にありがとうございます。

私は、東洋大学ライフデザイン学部の教員をしており、精神障害者の退院支援及び精神科ソーシャルワーカー（以下、PSW）の「かかわり」に関する研究をしています。

本調査は、長期入院精神障害者の退院支援における PSW の「かかわり」形成のプロセスに関するインタビュー調査であり、時間は約1時間ほどです。インタビュー内容は、ICレコーダーで録音させていただきます。インタビューでは、支障のないことのみをお話いただきたく存じます。ご都合の悪いことは話していただかなくても構いません。また、インタビューは理由を問わず、いつでも中止することができます。インタビュー内容については、研究目的以外には用いません。論文や学会報告の際も、守秘義務を守り、情報が特定化されないように匿名化し、プライバシーを厳守させていただきます。

この調査について、ご不明な点やご意見がございましたら、下記の連絡先までお知らせください。

本調査へのご協力をよろしくお願いいたします。

1. 調査目的

本調査では、長期入院精神障害者にとり、退院へのハードルを低くすることの一助となる地域の PSW による「かかわり」の形成プロセス、そのプロセスの変容を促進させる要因、そして、その変容が退院支援に与える影響について、精神障害者の退院支援において実績を有する帯広・十勝圏域の PSW へのインタビュー調査を通して明らかにすることを目的とします。調査の詳細については、調査計画書（案）をご参照ください。

なお、この研究における「かかわり」とは、共に自律的な PSW とクライアントが、日常的な体験の共有を通じて、相手に対する理解を深め、互いに影響し合う「相互主体的な関係」を、PSW の視点から示した用語を意味する。

2. 対象

長期入院精神障害者の退院支援に携わったことがある帯広・十勝圏域の相談支援事業所に勤務する、もしくは勤務していた PSW の方。

なお、入院期間により PSW 側のクライアントに対する理解に違いが出ると考えられるため、本研究における「長期入院精神障害者」とは、地域移行支援の対象（1年以上）ではなく、厚生労働省の患者調査における最も入院期間が長いカテゴリーである「今回の入院期間が10年以上の者」と規定する。

3. インタビュー内容

- ① あなたが行った長期入院精神障害者の退院支援において、クライアントが地域に退院し、かつクライアントとの間に「かかわり」を築くことができたと思われたケースについて、一人クライアントを思い浮かべて、そのクライアントへの「かかわり」の契機から「かかわり」終結（終結していない場合は現在までの経過）までのプロセスをお話してください。
- ② あなたが行った長期入院精神障害者の退院支援において、クライアントと「かかわり」を築くことができなかったと思われるケースについて、一人クライアントを思い浮かべて、そのクライアントへの「かかわり」の契機から「かかわり」終結（終結していない場合は現在までの経過）までのプロセスをお話してください。
- ③ 今回取り上げていただいたケースだけではなく、長期入院精神障害者の退院支援場面において、クライアントとの「かかわり」を形成する際に、気にしていること、大切にしていることについて話してください。

國重 智宏

東洋大学ライフデザイン学部（実習指導室・助教）

〒351-8510 埼玉県朝霞市岡 48-1

職場 TEL：048-468-6385

2) 倫理審査結果通知書


(様式第4号)

平成 28 年 8 月 5 日

倫理審査結果通知書

申請者 國重 智宏 殿

東洋大学大学院福祉社会デザイン研究科
研究等倫理委員会

委員長 大進 正文 
(委員長自署)

研究テーマ：長期入院精神障害者の退院支援における PSW の「かかわり」

研究代表者名：國重 智宏

上記の研究について、福祉社会デザイン研究科学研究等倫理委員会で審議し、下記の判定となったことを通知する。

記

(ワク内は委員長が記入)

判 定	(<input checked="" type="radio"/>) 承認	承認番号 H28-14S
	(<input type="radio"/>) 不承認	(<input type="radio"/>) 条件付承認
	(<input type="radio"/>) 非該当	(<input type="radio"/>) 申請の内容変更の勧告
条件または 不承認の理由		

3. 事例研究（第5章）調査関係書類

1) 調査依頼文書

インタビュー協力者 様

インタビュー調査へのご協力をお願い

この度はお忙しい中、本調査にご協力頂き、誠にありがとうございます。

私は、東洋大学ライフデザイン学部の教員をしており、精神障害者の退院支援及び精神科ソーシャルワーカー（以下、PSW）の「かかわり」に関する研究を行っております。本調査では、長期入院からの退院し、地域生活を始めるまでの間において、退院を希望するご本人と PSW がどのような「かかわり」を作り上げていったのか、そのプロセスについてお話をうかがいたいと思っております。

インタビューは IC レコーダーで録音させていただきます。インタビューでは、支障のないことのみをお話いただきたく存じます。ご都合の悪いことは話していただくなくても構いません。また、インタビューは理由を問わず、いつでも中止することができます。

本調査は東洋大学の研究倫理審査委員会による倫理審査において承認されており、お聞きしたインタビューの内容を研究以外の目的で使用することはありません。調査結果は、匿名化を徹底した上で、学会での報告、及び論文への投稿を行います。なお、この調査について、ご不明な点やご意見がございましたら、下記の連絡先までお知らせください。本調査へのご協力をよろしくお願いいたします。

インタビューでは以下についてお約束いたします。

- ① 個人や所属先のお名前を出すことは一切ありません。
- ② 答えたくない質問に対しては、お答えいただくなくて構いません。
- ③ インタビューは録音させていただきますが、録音開始後も調査協力者の意思により中断することができます。
- ④ お答えいただけなかったり、録音を中止したりしても、そのことによって調査協力者が不利益を被ることは一切ありません。
- ⑤ 録音したインタビューデータは、セキュリティー機能付きの USB メモリーに保存した上で、施錠できるスペースにおいて保管いたします。
- ⑥ インタビューデータの逐語録は、ご要望があれば目を通していただけるようにいたします。
- ⑦ 学会報告、論文投稿時にインタビューの一部を引用する場合には、匿名性を守ります。

平成●年●月●日

研究者：國重 智宏（東洋大学ライフデザイン学部実習指導室助教）
【連絡先】職場 TEL：048-468-6385

調査概要

1. 調査の目的

本調査では、精神科病院における長期入院（１年以上）からの退院し、地域生活を始めるまでの間において、退院を希望するご本人と PSW がどのような「かかわり」を作り上げていったのか、そのプロセスについて明らかにすることを目的とします。

なお、この調査における「かかわり」とは、共に自律的なご本人と PSW が、日常的な体験の共有を通じて、相手に対する理解を深め、互いに影響し合う「相互主体的な関係」を示した用語を意味します。

2. 調査協力者

- ① 精神科病院での長期入院から退院して地域で生活しているご本人
- ② 長期入院からの退院支援に携わった経験のある相談支援事業所に勤務する PSW

3. インタビューでお聞きすること

【退院したご本人】

- ① 退院支援担当した PSW の方との出会いについてお話しください。
- ② PSW の方との出会いから今日に至るまでの２人の「かかわり」の中で印象に残っているエピソードについて教えてください。
- ③ あなたが退院する時に、あなたにとって PSW の方はどのような存在でしたか。支障のない範囲でお答えください。
- ④ 現在、あなたにとって PSW はどのような存在ですか。支障のない範囲でお答えください。
- ⑤ あなたがこれまで経験した支援者との「かかわり」の中で、印象に残ったエピソードがあれば教えてください。
- ⑥ あなたが PSW に、どのような「かかわり」を望みますか。支障のない範囲でお答えください。

【退院支援を担当した PSW】

- ① あなたが行った長期入院精神障害者の退院支援において、クライアントが地域に退院し、かつクライアントとの間に「かかわり」を築くことができたと思われたケースについて、一人クライアントを思い浮かべて、そのクライアントへの「かかわり」の契機から「かかわり」終結（終結していない場合は現在までの経過）までのプロセスをお話してください。
- ② あなたが行った長期入院精神障害者の退院支援において、クライアントと「かかわり」を築くことができなかったと思われるケースについて、一人クライアントを思い浮かべて、そのクライアントへの「かかわり」の契機から「かかわり」終結（終結していない場合は現在までの経過）までのプロセスをお話してください。
- ③ 今回取り上げていただいたケースだけではなく、長期入院精神障害者の退院支援場面において、クライアントとの「かかわり」を形成する際に、気にしていること、大切にしていることについて話してください。

2) 倫理審査結果通知

(様式第4号)

平成 29 年 8 月 18 日

倫理審査結果通知書

申請者 國重 智宏 殿

東洋大学大学院福祉社会デザイン研究科
研究等倫理委員会

委員長 大迫正文 (印)
(委員長自署)

研究テーマ: _____

長期入院精神障害者の退院支援における PSW の「かかわり」

研究代表者名: 國重 智宏

上記の研究について、福祉社会デザイン研究科研究等倫理委員会で審議し、下記の判定となったことを通知する。

記

(ワク内は委員長が記入)

判 定	(<input checked="" type="radio"/>) 承認	承認番号 H29-16S
	(<input type="radio"/>) 不承認	(<input type="radio"/>) 条件付承認
	(<input type="radio"/>) 非該当	(<input type="radio"/>) 申請の内容変更の勧告
条件または 不承認の理由		